UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1957. - N° 87.

DE QUELQUES ASPECTS SOCIAUX PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 8 juillet 1957

PAR

Alexianne G. IZQUIERDO

Examinateurs de la Thèse :

- MAGENDIE, professeur ..... *Président.*
- DUFOUR, professeur .....
- POUYANNE, professeur ..... *Juges.*
- LE COULANT, agrégé .....
- CHAVANNAZ, agrégé suppléant .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6. place Saint-Christoly, 6

1957

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0075

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1957. - N° 87.

DE QUELQUES ASPECTS SOCIAUX PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 8 juillet 1957

PAR

Alexianne G. IZQUIERDO

Examinateurs de la Thèse

MAGENDIE, professeur	*Président.*
DUFOUR, professeur	*Juges.*
POUYANNE, professeur	
LE COULANT, agrégé	
CHAVANNAZ, agrégé suppléant	

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly, 6

1957

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC, BONNIN, GOLSE.

PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSE
Clinique d'accouchements	M. RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anat. pathol. et microsc. clin.	LEGER
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie.	MAYER
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIECHAUD
Méd. légale et méd. du travail	DERVILLEE
Electroradiol. et clin. d'électric. médic.	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	MASQUELIER
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Clinique ophtalmologique	SARIC
Pathologie générale et expérim.	BESSIERE

	MM.
Clin. chirurg. inf. et orthop.	L. POUYANNE
Clin. méd. et des mal. infect.	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique méd. et pharm.	PIFFAULT
Méd. et hyg. tropicales. et Clin. des mal. exot.	MORETTE
Clin. des mal. cut. et syphil.	JOULIA
Clin. des mal. des voies urin.	DARGET
Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérap. et climatol.	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPELE
Physique pharmaceutique	BLANQUET (T.P.)
Immunologie	PAUTRIZEL (T.P.).
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX (T.P.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique), Mlle ROUGIER (Physiologie), MM. LAUMONIER (Médecine opératoire), DESPONS (O.-R.-L.).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

	MM.
Physique médicale	DUHAMEL
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	QUILICHINI
Histologie	STOLL

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

MM. MARQUEVIELLE (Biochimie médicale); BIRABEN (Anatomie pathologique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIERE
Chirurgie générale	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Méd. légale et méd. du travail.	L'EPEE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Puériculture	VERGER
	PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE
Chimie biologique analytique	NIVET
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER

	MM.
Physiologie	Mme LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	RIVIERE (J.).
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	LAVIGNOLLE
Médecine opératoire	LAUMONIER
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Bactériologie	DULONG DE ROSNAY

Le Secrétaire principal de la Faculté : ANDRÉ GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

ET DE MON GRAND-PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur GOUMAIN

Chirurgien des Hôpitaux.

Avec nos remerciements pour l'aide qu'il nous a apportée dans l élaboration de cette thèse, dont il nous a inspiré le sujet.

A Monsieur le Professeur LE COULANT

Agrégé de Dermatologie et Syphiligraphie,
Médecin dermato-vénéréologiste des Hôpitaux,
Officier des Palmes académiques.

En témoignage de notre gratitude pour l'accueil si cordial qu'il nous a réservé dans son Service et pour l'enseignement qu'il nous y donne chaque jour.

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MAGENDIE

Professeur de Clinique gynécologique,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier des Palmes académiques.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.

DE QUELQUES ASPECTS SOCIAUX PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

INTRODUCTION

Les chirurgiens plastiques n'aiment pas le terme de chirurgie esthétique [1], soit qu'ils le jugent trop restrictif, soit surtout parce que ce terme a joui longtemps d'un préjugé défavorable.

Il est pourtant irremplaçable quand il désigne cette partie de la chirurgie plastique qui, au service de la beauté, sans aucune préoccupation thérapeutique ou fonctionnelle, tend à corriger les disgrâces, soit congénitales, soit acquises, conséquences possibles d'un accident, de la maladie, ou encore de l'âge.

Cette chirurgie esthétique connaît dans le monde un essor de plus en plus grand. Au fur et à mesure qu'elle est mieux connue, que les techniques se perfectionnent, le nombre de

(1) Par chirurgie esthétique, on comprend essentiellement six variétés d'interventions : opérations plastiques sur le nez, les seins, les oreilles, les paupières, le visage et la paroi abdominale.

ceux qui y recourent va en augmentant d'année en année.

Dans les pays anglo-saxons, il y a longtemps que cette chirurgie occupe une place officielle. Tous les hôpitaux américains comprennent un important département de chirurgie plastique dans lequel plusieurs équipes de chirurgiens spécialisés font, non seulement de la chirurgie réparatrice, mais encore de la chirurgie esthétique. A l'étranger, de grands noms avaient d'emblée donné à cette chirurgie ses lettres de noblesse : Joseph, en Autriche; Gillies et MacIndoe, en Angleterre; Auffrich et J. B. Brown, aux Etats-Unis.

En France, au contraire, c'est par la petite porte que la chirurgie esthétique allait faire son entrée. La chirurgie plastique elle-même, paradoxe dans le pays de Mirault, Morestin, Mauclaire, Dartigue, Aubert, Passot, Veau, ne se dégagea que très lentement des autres disciplines chirurgicales, et encore n'est-ce qu'en qualité de chirurgie réparatrice qu'elle osa d'abord s'affirmer. La Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive n'a été fondée qu'en 1953, ayant vingt ans de retard sur les sociétés anglo-saxonnes. Les *Annales de Chirurgie Plastique* n'ont commencé à paraître que l'année dernière.

Quant à la chirurgie esthétique, elle resta le parent honteux de la chirurgie plastique. Méconnue et méprisée des chirurgiens officiels, L. Dufourmentel étant à peu près le seul à oser la défendre, elle fut abandonnée à des chirurgiens officieux. Si quelques-uns furent de valeur et n'en eurent que plus de mérite à se faire les pionniers de ce domaine maudit, beaucoup furent sans grande culture chirurgicale et usèrent de procédés publicitaires dans les antichambres des instituts de beauté, qui aggravèrent le discrédit dans lequel on tenait cette spécialité. Actuellement, la chirurgie esthétique commence à peine à sortir de sa clandestinité, et, dans la nouvelle génération, des chirurgiens plastiques osent s'affirmer non seulement réparateurs, mais encore, avec beaucoup de prudence, esthétiques. La Société Française de Chirurgie Plastique a mis la chirurgie plastique

mammaire à l'ordre du jour de son congrès de 1957, et, l'année dernière, le congrès de la Société Française d'O.-R.-L. a traité de la rhinoplastie. Mais, prudemment toujours, pour éviter l'esthétique pure, le titre du rapport fut : chirurgie fonctionnelle, correctrice et restauratrice du nez, obligeant les rapporteurs à ce paradoxe de traiter dans le même rapport deux sujets aussi différents que la rhinoplastie correctrice et la rhinoplastie restauratrice.

D'où vient cette sourde réprobation et le désaveu de cette partie de la chirurgie plastique qui pendant longtemps n'osa pas dire son nom : la chirurgie esthétique ?

On ne peut arguer d'une prétendue gravité hors de proportion avec la futilité du but poursuivi. L'emploi habituel de l'anesthésie locale, les progrès de l'anesthésie générale quand elle est nécessaire, l'utilisation des antibiotiques, simplifiant les suites de l'opération en supprimant le risque inflammatoire, ont réduit au minimum les dangers de cette chirurgie, qui ne s'adresse d'ailleurs à aucun organe vital.

De même, il n'est plus question de nier la légitimité technique et de prétendre que les résultats opératoires ne sont pas à la hauteur des prétentions de cette discipline chirurgicale. Ce serait être de mauvaise foi que de ne pas reconnaître une qualité qu'a permis le perfectionnement sans cesse renouvelé des techniques.

Ne pouvant lui reprocher ni sa gravité, ni son inefficacité, beaucoup critiquaient son but. Or, en posant le principe de la légitimité de ses buts, on posait en même temps le principe de la légitimité de la chirurgie esthétique elle-même. Pour beaucoup, le recours à la chirurgie esthétique était l'indice, soit pour le moins d'une frivolité qui prêtait à sourire, soit, ce qui était plus grave, d'un terrain psychopathologique qu'entretenait dangereusement la complaisance de certains chirurgiens. Ainsi était jeté un discrédit à la fois sur ceux qui y recouraient et sur ceux qui l'exerçaient. On parlait facilement de chirurgie de névrosés, et l'on admettait communément qu'il y avait incompatibilité

entre le recours à la chirurgie esthétique et un comportement psychologique normal. De là ce climat de demi-clandestinité autour de la chirurgie esthétique entretenu par la réserve des chirurgiens à se qualifier chirurgiens esthétiques et par la pudeur des patients, par crainte du ridicule, à avouer leur recours à cette spécialité.

Quant à nous, nous estimons que la chirurgie esthétique est légitime et qu'elle est digne d'être exercée par des chirurgiens chevronnés. Voulant l'aider à se dégager de cette ornière dans laquelle la maintient ce préjugé défavorable, et pour employer un terme que nous retrouverons souvent au cours de cet exposé, de ce véritable sentiment d'infériorité, nous avons entrepris dans ce travail de reconsidérer le problème de ses buts et des motifs qui poussent un sujet à y recourir.

Nous avons essayé de déterminer les facteurs sociologiques, psychologiques et psychiatriques qui conduisent le malade au chirurgien esthétique. Nous avons étudié quels pouvaient être les retentissements sociologiques, psychologiques et psychiatriques des malformations morphologiques et aussi quels pouvaient en être les effets sur le développement de la personnalité de l'individu dont nous avons essayé de préciser les possibilités d'adaptation ou de non-adaptation à une disgrâce.

A notre connaissance, ce problème des aspects sociaux, psychiques et psychiatriques de la chirurgie esthétique n'a été que très peu étudié en France.

Aux U. S. A., au contraire, cette question a fait l'objet de très nombreux travaux. Cela n'a rien d'étonnant, quand on sait, d'une part, l'essor considérable de la chirurgie esthétique aux U. S. A., et, d'autre part, l'intérêt qui peut nous paraître exagéré que les Américains portent à toutes les questions psychiatriques, au point que chaque famille a là-bas son psychiatre, comme elle a en France son médecin traitant. N'est-ce pas, d'autre part, dans ce pays que l'important mouvement psycho-somatique a pris son départ ?

La chirurgie esthétique devait lui fournir un champ d'étude tout à fait indiqué.

Notre propos est peut-être moins de faire œuvre personnelle que d'aider à la diffusion en France de ces travaux américains, car nous ne pensons pas que cela ait déjà été fait. Nous essaierons néanmoins d'y apporter notre contribution personnelle par l'examen des dossiers des 150 derniers opérés du Docteur Goumain.

Nous présentons donc ce travail comme une revue générale et aussi comme un point de départ possible pour d'autres travaux plus approfondis sur cette question.

Dans cette étude, nous nous bornerons à attirer l'attention sur des faits qui pourront peut-être paraître banaux à un psychiatre, mais qui pourront éclairer le chirurgien sur le comportement de ses clients éventuels, l'aider à poser les indications opératoires, en tenant compte de leur psychisme et à se préserver peut-être de quelques déboires.

Peut-être ce travail aurait-il gagné en rigueur à être fait par un psychiatre ? Cela lui aurait évité certainement un grand nombre de banalités et d'impropriétés. Peut-être cela lui évitera-t-il de tomber dans les excès psychanalytiques ou dans les subtilités psychologiques des travaux américains que nous avons consultés.

Successivement, nous étudierons :

les aspects sociaux;
les aspects psychologiques;
les aspects psychiatriques,

de la chirurgie esthétique.

Nous avons conscience de ce que ce plan peut avoir de conventionnel. Les raisons sociales, par exemple, n'existent que rarement à l'état isolé, mais sont en réalité souvent des raisons psychologiques aux répercussions sociales. De même, nous savons combien est floue et imprécise la limite entre le domaine de la psychologie normale et celui de la psychopathologie.

Dans le cours de ce travail, nous relaterons non seulement des observations personnelles, mais aussi des observations d'auteurs américains. Nous en publierons quelques-unes *in extenso* pour montrer avec quelle minutie l'enquête a été poussée par les psychologues dans l'approche psychosomatique du patient et dans la définition de sa personnalité.

CHAPITRE PREMIER

LES ASPECTS SOCIAUX DE LA CHIRURGIE ESTHETIQUE

En abordant ce chapitre des aspects sociaux de la chirurgie esthétique, nous avons conscience du danger où nous sommes et nous voudrions éviter de tomber dans les excès de certains articles qui, pour justifier cette spécialité, en font une panacée sociale.

Le vrai mobile du recours à la chirurgie esthétique est avant tout presque toujours d'ordre psychologique. Le motif social existe, certes, à l'état isolé, mais il est exceptionnel. Beaucoup de patients l'invoquent parce qu'en réalité ils ont mauvaise conscience et qu'ils sont heureux de trouver un alibi social à une détermination qui n'a été prise que pour des motifs psychologiques. Tant qu'il demeurera un préjugé contre la chirurgie esthétique, il en sera ainsi.

Ce qui est vrai, cependant, c'est que très souvent les incidences sociales et psychologiques sont liées et qu'on peut trouver de bonnes raisons ou une excuse à une décision qui à notre sens n'en a pas besoin.

Cela nous amène à envisager dans quelle mesure une disgrâce constitue un handicap social. Certes, de tout temps, il y a eu un certain préjugé contre la laideur. On pourrait même dire que ce préjugé est historique : dans toutes les mythologies, les dieux cruels, les mauvais génies, que ce soit le Tlaloc des Aztèques ou même l'Héphaïstos des Grecs, sont laids. De même les mauvaises fées des contes. Mais si ce préjugé, pour injustifié qu'il soit, existe, il ne constitue du point de vue social qu'un handicap bien léger, et encore seulement dans certaines circonstances. Pour aussi erroné

que soit le jugement des gens, d'autres valeurs existent et s'imposent rapidement. Socrate, Laurent de Médicis, Mirabeau, et combien d'autres, étaient laids, et cela n'a pas empêché leur destinée de s'accomplir.

L'homme bien doué, plutôt que d'abdiquer, saura, le cas échéant, suppléer à sa disgrâce par une transmutation de valeurs ou une compensation et gravira ainsi les échelons de la hiérarchie sociale. Nietzsche lui-même, l'apôtre du surhomme, n'était-il pas pauvre, malade et par surcroît impuissant ?

Ce qui est grave, ce n'est donc pas tellement la laideur, petit handicap facile à surmonter grâce à d'autres qualités (même dans une profession comme la danse, trois ou quatre des plus grandes danseuses mondiales contemporaines sont affreusement laides), ce n'est donc pas la laideur, ni la réaction de la société vis-à-vis de cette laideur, mais l'idée que s'en font certains individus qui voient en elle un obstacle qui doit les confiner aux rôles subalternes.

C'est ici que le social rejoint le psychologique. Ceux que nous verrons être des « introvertis » (J. Jung) ou ceux que Janet appelle les psychasthéniques, c'est-à-dire ceux qui sont caractérisés par un manque de confiance en eux-mêmes et de résolution dans l'action, sont paralysés par leur disgrâce au point d'y voir un obstacle insurmontable au point de vue social. Dans cette lutte que représente la compétition sociale, dans cette citadelle à conquérir, ils ont l'impression de ne pas partir à armes égales avec leurs concurrents, et, loin d'essayer de suppléer à leur défaut par d'autres valeurs, comme le font ceux qui sont mieux trempés, ils abdiquent.

Au même titre que la psychothérapie, et peut-être plus efficacement qu'elle, la chirurgie esthétique peut les aider dans cette lutte en leur supprimant cette imperfection et en renforçant leur confiance en eux-mêmes.

Il faut reconnaître qu'aucune autre civilisation que la nôtre n'a donné une pareille importance à la beauté dans les acti-

vités commerciales ou de relations. « La beauté fait vendre » est un axiome dont les commerçants ont reconnu le bien-fondé. Plus que jamais, on exige des démonstratrices des stands d'exposition, des vendeuses, des barmaids, des hôtesses de l'air, etc., une apparence agréable. Dans notre siècle où l'image prévaut (René Huygue), la beauté devient une véritable obsession publicitaire. Il n'est, pour s'en convaincre, que de jeter un coup d'œil sur les pages-réclames des périodiques illustrés ou les courts métrages projetés pendant les entractes de cinéma.

Il n'est pas étonnant que cet état d'esprit soit contagieux et que, d'une façon générale, les gens attachent plus d'importance qu'autrefois à soigner leur présentation et considèrent comme un handicap social une disgrâce esthétique.

Plus cruel encore est, du point de vue social, l'incidence de l'âge. La vie moderne est dure, la concurrence est serrée, elle exige de tous un effort considérable. Pour occuper certains postes, dans une civilisation dont le principe est le rendement ou l'efficacité, il faut être jeune ou le paraître. On connaît trop le drame de ceux qui cherchent un emploi passé un certain âge. Dans ces cas et dans une mesure raisonnable, la chirurgie esthétique peut jouer un rôle social.

Observation I.

(Docteur Goumain.)

Mme B..., 45 ans, sollicite de son chirurgien une ridectomie ou « lifting ». Les motifs qu'elle donne à sa demande sont d'ordre purement professionnel. Employée depuis vingt ans dans la même maison en tant que vendeuse, elle compte, en gardant un physique convenable, se maintenir à un poste convoité, qui peut lui être enlevé par quelqu'un de plus jeune.

Enfin, il faut bien le dire, il y a certaines professions pour l'exercice desquelles la beauté est un impératif : artistes de théâtre, de cinéma ou de télévision, mannequins, etc.

Dans le même ordre d'idée, rétrognathisme et séquelles de bec-de-lièvre font préjuger défavorablement de l'intelligence de ceux qui en sont affligés.

Mobiles raciaux.

Le problème racial est étroitement lié au problème social. Mais il ne prend toute son acuité que dans les pays où la société est composée de groupes ethniques différents et où il existe une discrimination raciale plus ou moins avouée.

Certains individus cherchent à faire disparaître ou à atténuer des caractéristiques physiques qui les classent dans un groupe racial bien défini. Ce sont en général, nous l'avons dit, des individus appartenant à des groupes minoritaires et qui cherchent, en se rapprochant des canons de la beauté locale, à s'assimiler le plus possible à la population ambiante. Tel est le cas, en particulier, des Noirs aux U. S. A. et celui des Israélites un peu partout dans le monde.

Interrogés, ces patients se plaignent de ce qu'il leur est difficile de trouver du travail, de se faire des amis, de réussir et d'être estimés tant que pèsera sur eux le poids des préjugés et que l'on superposera à leurs traits physiques toutes les caractéristiques psychologiques que leur race est supposée posséder.

Ici aussi, comme pour le problème social, nous voyons en réalité combien ce problème est avant tout psychologique. C'est le terrain qui va conditionner la réaction et le sentiment d'infériorité raciale. Mais ici, il faut bien le dire, la réaction est aggravée et presque justifiée par l'attitude du groupe ethnique majoritaire ou de la « race élue ». Rappelons-nous les atrocités dont furent victimes les Israélites sous le régime hitlérien et les vexations de la ségrégation qui sévit aux Etats-Unis dans le Sud.

L'histoire de cette jeune Noire que nous rapportons *in extenso* est un exemple dans lequel les raisons raciales prennent leur acuité grâce à un terrain prédisposé :

Observation V.

(F. C. MacGregor, *in* Screening Patients for Nasal Plastic Operations, *Psychosomatic Medecine*, sept.-oct. 1950, p. 277.)

Une étudiante noire de 29 ans s'adresse au chirurgien en vue d'une opération qui modifiera l'aspect de son nez en disant : « Je ne trouve rien de beau aux caractères physiques de la race noire. De plus, être noir, est un handicap économique : moins vous paraissez appartenir à cette race, plus vous avez de chances de réussir dans la vie. »

La malade, enfant unique née à New-York, avait un grand-père maternel irlandais et une grand-mère moitié noire, moitié française, qui vivaient aux Indes. Sa mère, très peu colorée, passait pour blanche et vint aux U. S. A. alors qu'elle était enfant. Son père, Géorgien, était fils d'un ancien esclave et très noir. Avant la naissance de la malade, sa mère avait eu 12 avortements provoqués parce qu'elle ne voulait pas mettre au monde d'enfant noir. La patiente vint au monde lorsque les médecins mirent la mère en garde contre les dangers d'un nouvel avortement. Elle fut, dit l'intéressée, une enfant très choyée par une mère qui prenait énormément soin d'elle et que rongeait le souci de son avenir.

Le père est décrit comme un être antisocial, sournois, entêté, autoritaire et cruel avec les animaux. Il était employé dans un restaurant, et sa mère, qui avait été bien élevée, le méprisait un peu. Ils ne sortaient pratiquement jamais ensemble. L'enfant couchait dans la chambre de sa mère, le père seul. Alors qu'il avait une bonne situation, il était hanté par l'idée de perdre sa place, et, lors de la crise de 1929, son anxiété atteignit un tel degré qu'il menaça plusieurs fois de tuer sa femme et son enfant avant de se suicider plutôt que de mener la vie que menaient les autres Noirs.

La mère de la malade mourut, en 1933, d'un cancer de l'utérus. Dans les années qui suivirent sa mort, le père sombra dans la plus profonde mélancolie et envisaga souvent l'idée de suicide. Il suggéra même à la jeune fille de se suicider avec lui. Quatre ans plus tard, alors que celle-ci atteignait sa vingtième année,

Observation II.

(Docteur Goumain.)

Jeune femme de 32 ans, mannequin chez Balenciaga, consulte, en 1954, le Docteur Goumain pour une ptose mammaire importante, qui représente dans sa profession un handicap certain. Jolie, élégante, par ailleurs, elle en est arrivée à ne plus pouvoir passer tous les modèles de la collection et craint à brève échéance de perdre son emploi.

La plastie mammaire pratiquée donne toute satisfaction tant au point de vue esthétique qu'au point de vue professionnel.

Observation III.

(Docteur Goumain.)

Danseuse classique, 22 ans, consulte le Docteur Goumain. Elle désire faire corriger son nez long et bossu, qui dépare un visage par ailleurs gracieux. Elle pense que cette disgrâce lui porte le plus grand tort en lui interdisant de prétendre aux premiers rôles du répertoire. La déformation n'étant pas illusoire, l'opération a lieu avec un résultat très satisfaisant. La malade, enchantée, signe peu de temps après un contrat pour le théâtre de la Monnaie, à Bruxelles. Quelques mois plus tard, elle fait part de son mariage en attribuant à la rhinoplastie cette succession d'événements heureux.

Il y a même une incidence technique à cette nécessité de beauté. Certains défauts sont aggravés par la photographie. Il peut y avoir intérêt, chez une vedette, à supprimer certaine ride qu'accuse l'écran de la télévision. Les nez longs sont peu photogéniques, et leur défaut est aggravé par le cliché. C'est ainsi que ce n'est pas toujours par caprice que tel artiste fait modifier son visage, mais pour satisfaire aux impératifs de la technique. Nous n'en voulons pour témoi-

gnage que cette lettre d'un producteur, adressée à un jeune comédien qui fut opéré par le Docteur Goumain :

« Je viens de voir les essais que tu as faits avant de quitter Paris pour le film que tu sais. Après de longs pourparlers avec les producteurs, il s'avère qu'ils te trouvent excellent comédien, mais, vu les difficultés que tu présentes à la photographie, il leur est impossible de t'engager. Moi-même, après avoir vu tes essais, je suis obligé de te dire que ton nez et tes oreilles sont imphotographiables. Je pense sincèrement qu'il est indispensable et même urgent pour ta carrière d'envisager une opération esthétique à ce sujet. »

Enfin, il y a des défauts qui jouissent d'un préjugé social défavorable, car, à tort ou à raison, mais surtout à tort, il leur est donné une signification caractérielle.

Observation IV.

(Professeur Le Coulant.)

Atteint depuis de nombreuses années d'acné rosacée hypertrophique, M. M... avait peu à peu constitué un rhinophyma, qui, en peu de temps, prit des proportions monstrueuses. Une tumeur de la grosseur d'une mandarine surplombait sa lèvre supérieure et il était obligé de la soulever pour manger ou pour boire. Employé dans une usine, il était l'objet de railleries de la part de ses camarades de travail, qui le soupçonnaient d'intempérance, alors que c'était un homme très sobre. Mais à ces tracasseries allaient bientôt s'ajouter des ennuis d'ordre économique. Les choses empirant, son employeur décida de se séparer de lui. M. M... entreprit alors de travailler chez lui. Mais son aspect rebuta la clientèle, et c'est un homme découragé qui se présenta à la consultation du Professeur Le Coulant, en juin 1953. Celui-ci entreprit de sculpter littéralement ce nez à l'anse diathermique, et, en quelques séances, dota M. M... d'un nez régulier et légèrement aquilin lui allant fort bien. Le malade, transformé, a repris aujourd'hui sa place dans l'usine qui l'employait.

il tenta de la tuer en la frappant à coups de marteau. Les voisins intervinrent à temps et alertèrent la police, qui ne put le capturer vivant. Il avait préféré se jeter du haut d'un toit « plutôt que d'être pris, car il était Sudiste et il savait ce que cela signifiait quand on était Noir ».

L'attitude de la patiente envers les Noirs avait été dictée par celle de sa mère. Enfant, elle l'avait tenue autant que possible à l'écart des enfants du voisinage, qui étaient Noirs. Elle se moquait ouvertement de ceux-ci dans la rue, de leur profil fuyant et de leurs vêtements flamboyants. Elle se moquait même de sa fille et de son nez gros et large semblable à celui de son père et suggérait qu'un jour ou l'autre il faudrait le faire rétrécir. Très sensible à la situation inférieure des Noirs aux U. S. A., et ne voulant pas que sa fille y soit exposée jusqu'à ce qu'elle soit en âge de raisonner, elle l'emmena par trois fois en Angleterre pour y poursuivre ses études.

La malade révéla que, pendant toute son enfance, elle ne se considéra jamais, ni elle, ni ses parents, comme Noirs et alla même jusqu'à traiter de « sale négresse » une femme de ménage qui lui rappela que son père aussi était un nègre. Plus tard, elle fut choquée lorsque les enfants de sa classe raillèrent la différence de couleur existant entre son père et sa mère. Elle n'en avait pas pris conscience et fut tellement affectée qu'elle cessa de les fréquenter et préféra rester chez elle à lire.

Après la mort de son père, la patiente gagna sa vie comme serveuse dans un restaurant et aussi comme chanteuse dans un groupe vocal. Elle mettait de l'argent de côté pour entrer à l'université, mais note qu'elle n'était pas ambitieuse. Elle fit une licence de psychologie, mais n'obtint pas son diplôme; par découragement, dit-elle, pensant que, Noire, elle n'arriverait à rien et que rien ne la portait à travailler pour une humanité qui n'en valait pas la peine. Son impression d'inutilité était accompagnée de ressentiment vis-à-vis des Blancs. Mais, en même temps, elle méprisait l'ensemble des Noirs, qui ne faisait aucun effort pour s'améliorer et usait de la ségrégation comme d'un alibi à leur paresse. Résultat de cette attitude : elle avait limité ses relations

à un groupe de Blancs à idées larges, ou à des Noirs des Indes anglaises, qu'elle jugeait plus intéressants que les Noirs de Harlem. Son antipathie pour les Noirs s'était trouvée singulièrement renforcée depuis qu'elle avait été attaquée par un garçon d'ascenseur noir de Harlem. Elle trouvait les Blancs plus attrayants et plus délicats. Depuis quatre ans, elle fréquentait un Européen blanc de 25 ans son aîné. Elle affirmait qu'elle n'épouserait jamais un Noir.

Après avoir quitté l'université, elle occupa différents postes de dactylo et de secrétaire. Sa plus grande ambition cependant était de suivre les cours des Beaux-Arts et de devenir modèle. Elle eut l'occasion de poser pour des étudiants. Elle discutait souvent avec ses maîtres, soutenant que les traits négroïdes étaient laids, et, esthétiquement parlant, inacceptables et répugnants. Elle considérait qu'en tant que modèle son nez était un handicap et croyait qu'en dépit de sa peau sombre elle aurait pu poser dans beaucoup de costumes régionaux si son nez n'avait pas eu cette forme caractéristique de la race noire. Elle en était arrivée à être persuadée qu'elle était affreuse et à ne plus vouloir se regarder dans une glace. Un jour, à la fin d'une séance de pose, quand elle vit son nez reproduit sur quarante esquisses différentes, elle fut tellement frappée qu'elle décida de se faire opérer dès qu'elle aurait réuni la somme nécessaire.

En 1948, elle souffrait de sinusite chronique. Le médecin consulté conseilla une opération visant à redresser un septum dévié. L'intervention eut lieu et eut pour résultat un certain rétrécissement de la racine du nez. Enchantée du résultat, elle décida d'aller plus loin et d'en faire corriger maintenant la pointe. Comme on lui objectait que cela ne changerait rien tant qu'à la couleur de sa peau, elle répondit : « Cela m'est égal, on me prendra pour une Indoue ou une Egyptienne ou une Balinaise, et comme modèle je pourrai poser dans ces costumes, ce que m'interdit pour l'instant mon nez de Noire. »

Mais il n'y a pas que les Noirs à qui se posent de tels problèmes. La revue *Plastic and Reconstructive Surgery*

publie un article de D. R. Milliard relatant des opérations pratiquées sur des Coréens, des Chinois et des Japonais depuis le stationnement des troupes U. S. A. en Extrême-Orient. L'armée américaine y employa du personnel indigène, et, parmi celui-ci, nombreux sont ceux qui veulent aller travailler aux Etats-Unis. De plus, les mariages entre soldats et Orientales ont transplanté des jeunes femmes dont l'exotisme semblait séduisant dans leur pays, mais qui se sentent déplacées dans les petites villes américaines. Elles s'adressent alors au chirurgien esthétique, afin d'obtenir l'« occidental look ». L'opération consiste en une ablation de la poche graisseuse sus-orbitaire et en une plastie palpébrale en *z*, qui fait disparaître l'épicanthus caractéristique de la race jaune.

En conclusion, nous maintenons les réserves que nous avons faites au début de ce chapitre sur les prétendues raisons sociales. Le vrai problème du recours à la chirurgie esthétique demeure psychologique.

Néanmoins, nous avons vu que, dans certaines circonstances, les raisons sociales, pour n'être que des raisons psychologiques à incidences sociales, n'en posent pas moins un problème aigu à résoudre, celui du sentiment d'infériorité sociale, pour lequel la chirurgie esthétique peut apporter sa solution.

Pour notre part, il y a là une justification de la chirurgie esthétique suffisante pour que, en s'entourant des précautions indispensables, puisse être envisagée, un jour, sa prise en charge par la Sécurité sociale.

CHAPITRE II

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

Nous venons de voir ce qu'il fallait penser des raisons sociales dans l'ensemble des motifs qui peuvent conduire un sujet à recourir à la chirurgie esthétique.

Se présentant rarement isolées, à l'état pur, les raisons sociales, quand elles ne sont pas un alibi à d'autres mobiles, sont en réalité, le plus souvent, des raisons psychologiques, mais dont les répercussions sociales sont indéniables et qui méritent, à ce titre, d'être prises en considération quand on a à poser les indications opératoires.

En réalité, le véritable problème du recours à la chirurgie esthétique est d'ordre psychologique. C'est ce problème que nous nous proposons d'étudier maintenant, et, selon qu'il trouvera sa solution dans des phénomènes pychologiques normaux ou au contraire dans des troubles névrotiques, on pourra conclure ou non à la légitimité de la chirurgie esthétique.

Moyens d'études.

Nous avons étudié les observations des 150 derniers opérés ou opérées (Docteur Goumain).

A l'aide de renseignements rétrospectifs, de regroupements, et, pour les derniers malades, d'entretiens directs, nous avons recherché à établir leur climat psychologique et à retrouver les motifs qui les avaient poussés à se faire opérer.

Néanmoins, malgré le soin que nous y avons apporté,

ces études manquaient de rigueur, car il s'agissait d'un travail rétrospectif à propos de patients dont l'observation princeps n'avait pas été établie dans ce but. D'autre part, ces malades appartenaient à la clientèle privée et il était difficile de mettre en œuvre chez eux les moyens d'investigations psychiatriques habituels.

Nous ne pouvons donc en tirer qu'une impression générale, dont nous ne saurions faire état si elle ne venait corroborer des travaux plus rigoureux faits aux U. S. A. et que notre propos dans ce travail est justement de faire connaître.

Cette étude est basée essentiellement sur les travaux de :

Linn M. D. et Irving B. Goldmann M. D.;
Albert Bryt;
Hill G. et A. Gilbert;
Frances MacGregor.

Les travaux de Linn M. D. et Irving B. Goldmann M. D. sont basés sur l'étude de 58 malades provenant tous du Mount Sinai Hospital, à New-York. Ces malades étaient interrogés deux à six fois avant l'opération. Il s'agissait d'entretiens sans visées thérapeutiques, mais en vue uniquement de l'établissement d'une fiche psychiatrique. Le psychiatre faisait ensuite un bilan pré-opératoire et notait les changements post-opératoires. Autant que cela était possible, les autres membres de la famille étaient questionnés en vue d'obtenir des renseignements complémentaires.

Albert Bryt a étudié 150 malades présentant des déformations faciales, choisis au hasard des hospitalisés dans un service de chirurgie plastique. Les entretiens avec le psychiatre visaient à obtenir une histoire personnelle complète. Les contacts maintenus pendant l'hospitalisation et des entretiens post-opératoires servaient à vérifier les effets de l'opération. Le nombre des entretiens variait pour chaque malade de 1 à 20, de cinquante minutes approximativement chacun.

Mais l'étude la plus complète et la plus rigoureuse, quant à ses méthodes d'investigation, a été faite par Frances MacGregor, qui en a fait l'objet de sa thèse et d'un livre écrit en collaboration de Theodora M. Abel, Albert Bryt, Edith Lauer, Serena Weissmann.

Cette étude, qui avait reçu l'appui de l'Institut National de la Santé Mentale et du Ministère de la Santé Publique, s'étendait sur une période de trois ans, d'avril 1948 à septembre 1951. Estimant que les facteurs psychologiques accompagnant les déformations faciales méritaient d'être étudiés par des spécialistes, Frances MacGregor constitua une équipe comprenant un chirurgien plastique, deux sociologues, un psychiatre et un psychologue. Les malades provenaient de différents hôpitaux et cliniques privées de New-York et furent choisis de façon à présenter la plus large variété de déformations faciales, allant de la plus légère à la plus importante. Même souci de variété en ce qui concerne l'âge des malades étudiés qui étaient des enfants, des adolescents, des adultes et des vieillards. Même variété aussi dans le milieu social. La durée des séances était d'une heure environ chacune. Il y eut de 2 à 30 séances par malade.

La technique employée était celle d'une conversation non dirigée. Elle embrassait l'enfance du sujet, son éducation, son niveau intellectuel et permettait de le situer au point de vue social. On insistait particulièrement sur les répercussions qu'avait pu apporter sa déformation dans sa vie, comment il s'y était adapté et quelles avaient été les réactions de son entourage. On cherchait à obtenir le maximum de renseignements sur cet entourage, sa famille, ses amis. Ensuite, le candidat à la chirurgie plastique était soumis à différents tests par les psychologues : test de Rorschach, « thematic aperception test de Muray », test des dessins, type Goodenaugh, ... Trois mois après l'opération, puis un an après, le malade était soumis de nouveau à ces mêmes tests. C'était alors au psychiatre à entrer en scène et à déterminer les raisons qui poussaient le malade à recourir

à la chirurgie plastique à ce moment précis. Suivant les méthodes psychanalytiques, il était invité à parler librement de tout ce qui lui venait à l'esprit. Le psychiatre en tirait des conclusions en ce qui concernait le développement mental de ces patients.

Une assistante sociale était de plus chargée de visiter la famille et, lorsqu'il s'agissait d'enfants, l'école fréquentée par ceux-ci. Son rôle était d'observer le patient dans sa vie de tous les jours, son comportement vis-à-vis de ses parents et amis, ses professeurs, ses voisins mêmes. L'étude commençait avant l'intervention chirurgicale, se poursuivait plusieurs mois après, afin de noter les changements intervenus dans la conduite de l'individu. Chaque semaine avaient lieu des réunions entre les différents membres de l'équipe, et le cas de chaque malade était évoqué, ainsi qu'étaient posées les indications chirurgicales.

Evidemment, toutes ces enquêtes n'allaient pas sans rencontrer d'obstacles de la part des malades. Certains considéraient comme parfaitement inutiles ces investigations. D'autres pensaient qu'elles constituaient de véritables incursions déplacées dans leurs affaires privées. D'autres encore alléguaient le manque de temps, qui les empêchait de venir répondre régulièrement aux entretiens qu'on leur demandait. Mais la plupart se soumettaient de bonne grâce, surtout lorsqu'on leur soulignait le bénéfice que pouvaient en tirer d'autres malades atteints de malformations faciales.

Comme on le voit, ces différents auteurs ont procédé avec toute la rigueur qui est habituelle actuellement dans les méthodes psychanalytiques. Ils tendent à établir l'anamnèse de la personnalité, non seulement par des entretiens avec le patient, mais en étudiant ce malade dans le milieu dans lequel il a vécu et dans lequel il doit être intégré. Cette nouvelle optique permet de comprendre plus aisément un ensemble de manifestations du comportement, liées à une influence du milieu : constitution et milieu formant les deux pôles de la psychiatrie moderne.

C'est ainsi que furent étudiés les comportements des parents, du milieu éducateur, social et religieux.

Une des difficultés que rencontrèrent tous les enquêteurs fut celle qu'il y eut souvent à mettre en évidence les mobiles psychologiques, les malades répugnant en effet à les reconnaître.

Très souvent, un préjugé encore profondément ancré dans certains milieux veut que les préoccupations purement esthétiques soient futiles et indignes de la gravité de certaines professions ou de certains caractères.

Le malade craint toujours un certain ridicule à avouer de telles faiblesses. Cela est surtout vrai dans un pays comme la France, où la chirurgie esthétique présente encore un caractère d'exception. Cela l'est déjà beaucoup moins aux U. S. A., où, par suite du grand développement de cette spécialité, le recours à la chirurgie esthétique est plus communément admis par toutes les classes sociales.

D'autres fois, les opérés taisent et camouflent les véritables raisons de leur appel à la chirurgie esthétique, parce qu'ils veulent éviter de mettre en lumière le souvenir d'humiliations causées par la disgrâce dont ils ont souffert.

Aussi, le plus souvent, plutôt que de reconnaître les véritables motifs d'ordre psychologique, les patients préfèrent alléguer d'autres raisons. C'est ainsi qu'ils évoquent soit un handicap fonctionnel, soit un handicap social. Il est habituel, par exemple, qu'un candidat à la rhinoplastie se plaigne surtout de la gêne qu'il éprouve à respirer, de rhumes fréquents, d'une déviation de la cloison ou d'un prétendu accident survenu dans l'enfance, et qu'il demande s'il est possible par la même occasion de modifier la forme de son nez. Une femme qui désire une plastie mammaire évoque facilement la gêne fonctionnelle qu'occasionne l'hypertrophie de sa poitrine plutôt que d'avouer son désir d'améliorer la forme de ses seins.

Quelquefois, ce sont des motifs sociaux qui sont mis en avant pour masquer les vraies raisons psychologiques.

C'est souvent sciemment, mais parfois inconsciemment, qu'est faite cette dissimulation des motifs réels, et l'on conçoit combien elle peut abuser un enquêteur non averti.

Importance de l'image corporelle dans la formation de la personnalité.

Quand, à l'aide de ces méthodes, on étudie le « climat psychologique » des postulants à la chirurgie esthétique, on ne peut pas ne pas être frappé par la variabilité des réactions des individus en face d'une disgrâce physique. Ces réactions dépendent surtout, comme on pouvait le présumer, dans une certaine mesure de l'importance objective de cette malformation, mais, avant tout, elles sont conditionnées par l'importance subjective donnée par le sujet à la disgrâce, et c'est ainsi que, dans bien des cas, une petite irrégularité nasale aura une incidence psychique plus grave qu'une grosse déformation faciale. Il n'y a aucun parallélisme entre l'importance de la réaction et celle de la difformité, ce qui semble bien mettre en lumière le rôle essentiel du terrain.

Ces réactions paradoxales s'expliquent aisément quand on sait combien peut être variable l'importance que les individus donnent à l'image corporelle dans la constitution de leur personnalité.

Pendant longtemps, cette influence et cette importance de l'image corporelle, du corps propre, ont été niées ou tout au moins minimisées par les philosophes et particulièrement par la tradition chrétienne. La conception dualiste de Descartes prévalait, opposant la raison au corporel et leur déniant toutes interactions. Pour Malebranche, « les modalités de notre corps ne peuvent par leur efficace propre changer celle de notre esprit. » L'infériorité, l'indignité du corps, sont des notions chrétiennes : « le corps est pour l'esprit cette écharde dans la chair » (saint Paul), et seul fait exception dans cette tradition le cri de saint François d'Assise : « mon frère le corps ».

Les conceptions actuelles nient cette notion dualiste et tendent de plus en plus à admettre que le corps et l'esprit, loin d'être absolument indifférents, forment un tout et réagissent intimement l'un sur l'autre. De là est né l'important mouvement psycho-somatique, dont on ne sait encore exactement quels en seront les derniers développements.

L'image corporelle apparaît comme un des éléments constitutifs essentiels de la personnalité. Le concept de l'unité psycho-somatique tend de plus en plus à remplacer celui de la dualité cartésienne.

Le psychanalyste Alfred Adler a insisté sur l'importance que pouvaient avoir les déficiences organiques sur la formation de la personnalité. G. Gusdorf a mis l'accent lui aussi sur l'importance de ce qu'il appelle l'incarnation. Pour lui, l'expérience du corps est pré-philosophique : elle va de soi et tout passe par elle. Relevant le corps de l'indignité dans laquelle l'avaient fait tomber les cartésiens et la tradition chrétienne, il lui redonne toute son importance dans la connaissance de soi avec toutes les conséquences que cela peut avoir au point de vue de la caractérologie. Pour lui, l'expérience du miroir par laquelle l'enfant de 6 mois prend connaissance de son corps et l'intègre à sa personnalité est une étape essentielle dans la « découverte de soi ». De plus, cette expérience ne se limite pas à un seul instant chez l'enfant, « mais le même rappel à l'ordre s'exerce tout au long de la vie, et l'image dans la glace se charge de significations de valeurs indéfiniment renouvelées : cet autre qui est là aussi révèle d'âge en âge les vicissitudes de mon identité » (Gusdorf).

Il est donc communément admis aujourd'hui que l'image corporelle intervient pour une part indéniable dans la constitution du moi, mais ce rôle, pour essentiel qu'il soit n'a pas la même importance pour tous les individus, et tous les degrés sont possibles entre l'intéroceptivité et l'extéroceptivité, c'est-à-dire entre cette connaissance que l'on peut avoir de soi par l'intérieur ou celle que l'on peut en

prendre par l'extérieur. De plus, les conceptions philosophiques ou religieuses peuvent limiter cette primauté de l'image corporelle dans la constitution de la personnalité, comme au contraire l'influence du milieu, de la famille, de l'éducation et surtout de la sexualité peuvent l'exagérer.

Il en résulte une extrême variabilité dans l'importance donnée par les individus à leur aspect extérieur. Cela aide à expliquer les différences de comportement vis-à-vis d'une disgrâce physique ou même plus simplement le souci qu'ils peuvent avoir d'améliorer cet aspect extérieur. Ainsi est jetée une lueur psychologique sur les motifs de recours à la chirurgie plastique.

Les différents comportements psychiques en face du handicap esthétique.

Vouloir étudier les raisons psychologiques du recours à la chirurgie esthétique revient en somme à analyser les réactions psychiques que peut déclencher chez un individu un handicap morphologique.

Ces réactions sont essentiellement variables :

1° Dans quelques cas, la réaction est nulle : le sujet est indifférent à sa laideur;

2° Plus souvent, le sujet réagit à sa disgrâce, cette réaction pouvant être épisodique, permanente ou latente.

Absence de réaction.

Les individus chez lesquels l'image corporelle ne contribue que pour très peu dans la constitution de la personnalité, ceux que nous avons vus être surtout des interoréceptifs, ne réagissent que très peu aux avanies morphologiques, qu'elles soient congénitales ou qu'elles soient acquises. Ils sont indifférents aux vicissitudes de leur apparence. Ils acceptent en toute quiétude, sans la moindre anxiété, ni la moindre angoisse, des difformités souvent importantes.

Ces personnes jugent en général sévèrement la chirurgie esthétique, dont elles ne reconnaissent absolument pas la

nécessité. Un chirurgien qui appartiendrait à cette catégorie serait un mauvais chirurgien esthétique, car il ne pourrait comprendre les exigences de ses clients.

Il ne faut pas confondre, cependant, cette absence permanente de réaction avec ce que nous verrons être les conflits latents dont le feu couve sous la cendre et qui ne demandent qu'une occasion de se rallumer.

Réaction épisodique.

Il ne faut pas non plus se laisser abuser par une absence apparente actuelle de réaction. Très souvent, elle a existé. Elle a déterminé une crise, habituellement aux environs de l'adolescence ou de la puberté, mais le conflit a trouvé sa solution. Dans ce cas, l'indifférence apparente manifestée devant une disgrâce, surtout chez des individus intelligents, n'est qu'une attitude une fois pour toutes acceptée, solution d'un conflit définitivement réglé et sur lequel on ne revient pas, mais qu'une enquête pourrait peut-être révéler. Il n'y aura pas eu de conflit permanent, mais seulement un froid mépris pour cette disgrâce, et, d'une façon plus générale, pour les servitudes morphologiques. Mais il n'est pas dit que l'existence ultérieure de ces êtres, dont la raison n'a pas voulu donner son importance à une disgrâce, n'aurait pas été entièrement modifiée en bien comme en mal, si ce conflit n'avait pas existé ou si la chirurgie esthétique l'avait résolu dans un sens différent.

Le problème reste posé, par exemple, de savoir quelle aurait été la destinée de Savonarole si quelque chirurgien ferrarais ou florentin lui avait, en corrigeant son nez, fait un visage plus agréable lorsqu'il avait 20 ans, et si la fille de Luigi Strozzi, à laquelle il déclarait son amour, ne lui avait pas ri au nez. Un homme de son intelligence ne pouvait rester longtemps affligé par sa disgrâce. Puisqu'elle existait, et il était assez clairvoyant pour s'en rendre compte, il convenait de la mépriser et de ne lui donner que l'importance qu'elle pouvait avoir par rapport aux choses de l'esprit.

terrain sur lequel il savait sa position forte. Et, quelques jours après, entrant au couvent, il adressait à son père sa lettre d'adieu : *Del desprigio del mondo* (1), dans laquelle il écrivait : « ... des deux parties, laquelle aimez-vous le mieux, du corps ou de l'âme ? Ce ne serait pas m'aimer que d'aimer la plus vile partie de moi-même : je sais bien qu'on ne peut empêcher la chair d'éprouver quelque douleur, mais il faut la réprimer à l'aide de la raison. C'est le devoir d'un homme sage et de grand cœur. » (2).

Ainsi, Savonarole aurait pu ne pas entrer dans les Ordres. Y entrant, il pouvait être un saint François d'Assise. Le nez de Savonarole a peut-être eu une importance plus grande que celui de Cléopâtre.

Dans ce cas, et Alfred Adler y insiste, la disgrâce ou l'infériorité constitutionnelle, au lieu de déclencher un sentiment d'infériorité, provoque un surcroît d'affirmation personnelle. Il existe une véritable sublimation de l'infirmité qui, dans le domaine spirituel, compense ce qui a été perdu dans le domaine corporel. Le bégaiement de Démosthène l'a incité à devenir un grand orateur, et la carrière de Don Juan, choisie par Byron, trouve l'une de ses origines certaine dans la boiterie du grand poète anglais.

Réaction permanente.

Chez la plupart des sujets, l'importance donnée à l'image corporelle est trop grande pour qu'une disgrâce leur soit indifférente. A partir du moment où cette disgrâce devient une réalité consciente, elle devient en même temps gênante, et celui qui en est atteint rêve de pouvoir la faire disparaître, surtout à partir de l'instant où l'on sait qu'elle est curable. Mais, dans ce désir de corriger une anomalie morphologique, il existe une extrême variabilité individuelle conditionnée par :

(1) *Le mépris du monde.*
(2) Cité par Marcel Brion, *Savonarole.*

1° *L'importance de la disgrâce.* — Il est évident que plus une malformation est importante, plus elle est gênante. Mais nous avons vu combien cette notion était relative. En fait, ce qui compte était l'importance subjective attribuée par le malade et la quantité d'énergie psychique qu'il potentialise sur elle, le terrain sur lequel apparaît la disgrâce comptant plus que sa gravité : les introvertis, les psychasthéniques, y donnant plus d'importance que les autres.

2° *Les facteurs caractériels.*

3° *L'influence du milieu social, de la famille et de l'éducation.* — Il existe de véritables foyers endémiques de postulants à la chirurgie esthétique par contagion.

4° *Les influences psychosexuelles.* — Il faut compter enfin avec le potentiel sexuel de chaque individu, qui intervient pour une part considérable dans l'importance qu'un sujet peut attacher à son apparence, puisque, dans une grande mesure, cette apparence conditionne les possibilités de réalisation de cette sexualité.

Sans vouloir faire dépendre toute la psychologie normale et anormale de la libido et tomber dans les excès de la psychanalyse, on ne peut en minimiser l'importance, et c'est tout au long de cette étude des motifs de recours à la Chirurgie esthétique que nous retrouverons son influence consciente et surtout inconsciente dans ce monde d'états affectifs, de représentations et de tendances dont Freud a démontré toute l'importance dans le déroulement de la vie psychique. Pour quelques-uns, le souci de l'apparence est une fin esthétique en soi. Pour beaucoup, c'est un moyen de réaliser leur sexualité.

Tenant compte de ces différents facteurs déterminants, nous allons essayer de systématiser les motifs psychologiques pour lesquels un sujet, gêné par une disgrâce, demande secours à la chirurgie esthétique, nous réservant dans un autre chapitre d'étudier les motifs qui, sortant du cadre de

la psychologie normale, peuvent être considérés déjà comme du domaine de la psychiatrie.

1° Banal souci d'embellissement.

Le plus souvent, le recours à la chirurgie esthétique n'est que la manifestation banale de la coquetterie et du désir légitime, lorsqu'il est raisonnable, de parfaire son aspect morphologique. Un sujet demande la correction d'une difformité qui le gêne, mais dont raisonnablement il s'accommode plus ou moins parce qu'il sait que cela est actuellement réalisable.

Dans ce cas, si l'on admet que la correction d'une difformité est techniquement possible, que cette correction est pratiquement sans danger et que, par ailleurs, la difformité est suffisamment importante pour créer un préjudice objectivement appréciable, on conçoit qu'il n'y a pratiquement pas de problème d'interprétation psychologique. Le désir de recourir à la chirurgie esthétique dans ce cas est absolument normal et ne témoigne d'aucune anomalie mentale. Dans la mesure où la chirurgie le permet, l'aspiration à la beauté, voire à la jeunesse, est un droit légitime et ne doit être entachée d'aucun ridicule. La laideur, si cela est possible, doit être traitée comme la douleur. Tout au long de son histoire, l'humanité a trop considéré la recherche de la beauté comme une nécessité pour qu'il soit critiquable de l'appliquer, si cela est actuellement techniquement réalisable, au corps humain. Ce n'est pas avilir les valeurs intellectuelles. Nombre de nos opérés occupaient un rang élevé dans leur profession. Il n'y a là rien de préjudiciable à l'intelligence. Tout au contraire, peut-être; il pourrait être amusant, en contre-point à ce travail, d'étudier les raisons qui empêchent certains sujets bien équilibrés de recourir à la chirurgie esthétique s'ils en sont redevables. Ce serait presque ne pas cultiver le paradoxe que de prétendre qu'il est aussi anormal de s'accommoder d'une disgrâce curable et gênante que d'en demander la correction.

Nous pourrions multiplier les observations de femmes parfaitement équilibrées qui viennent faire part de leur désir de subir une opération plastique avec le même calme et la même désinvolture que s'il s'agissait de la commande d'une robe du soir.

De l'étude analytique de notre statistique, il ressort que la majorité des postulants à la chirurgie esthétique entre dans cette catégorie. Elle représente 75 % de l'ensemble des malades. Cette proportion ira en augmentant lorsque la chirurgie esthétique, étant entrée davantage dans les mœurs, les gens raisonnables ne craindront plus le ridicule d'y recourir.

Parfois, les demandes inhabituelles de corrections peuvent paraître inconsidérées, et l'on pourrait, à première vue, penser qu'elles sont l'indice d'un certain déséquilibre psychologique. En réalité, elles sont souvent le fait, de la part de patients parfaitement équilibrés, d'une méconnaissance des possibilités de la chirurgie esthétique, qu'ils comprennent d'ailleurs très bien lorsqu'on leur explique, plutôt que le témoignage d'un état mental anormal. De même, si certaines fois une correction techniquement possible paraît illusoire et n'est pas susceptible d'améliorer un visage par ailleurs sans attrait, cela ne traduit qu'un aveuglement bien naturel du patient sur ses propres possibilités d'amélioration.

Somme toute, dans cette éventualité la plus fréquente, le recours à la chirurgie esthétique traduit simplement le souci bien naturel de voir disparaître une disgrâce ou d'améliorer son apparence, parce que l'on sait que cela entre actuellement dans les possibilités de cette spécialité. Lorsque la disgrâce est importante, la préoccupation du patient ne se discute pas et est admise de tous. Mais, si cette disgrâce est moindre, on parle de coquetterie et l'on discute plus facilement la légitimité de la correction. Pour nous, nous pensons que toute correction, si elle est techniquement possible et si effectivement elle apporte une amélioration esthétique, est légitime et doit être acceptée du chirurgien.

Puisqu'elle est une manifestation de la coquetterie, il est normal que, pour l'instant, en France, la majorité des demandes provient des femmes. Le rôle de la femme est passif. Elle désire être aimée, admirée, choyée. Sa beauté est une des armes les plus sûres, et il est compréhensible qu'elle ait au maximum le souci de sa perfection morphologique. La coquetterie féminine ne reculera devant aucune épreuve, fût-elle aussi pénible que la perspective d'une opération, pour qu'il en soit ainsi. Ce serait nier l'éternel féminin que de penser qu'il puisse en être autrement.

Dans notre statistique de rhinoplastie, 80 % étaient des femmes.

Et pourtant, l'homme s'adresse de plus en plus à la chirurgie esthétique. Pour l'instant, comme il n'est pas d'usage que les hommes donnent autant d'importance que les femmes à leur apparence, une certaine retenue, une certaine crainte du ridicule, empêchent les hommes, dans un pays où la chirurgie esthétique n'est pas encore tout à fait entrée dans les mœurs, de recourir à cette spécialité en aussi grand nombre que les femmes. L'homme, affectant de négliger la beauté, met habituellement son amour-propre à tirer ses valeurs d'une autre origine, que ce soit la force ou l'intelligence :

« Moi, c'est moralement que j'ai mes élégances. » (Cyrano de Bergerac.)

Il n'en reste pas moins que l'homme n'est pas insensible en général à l'impression que son physique peut produire. Le mâle, dans toute la série animale, et chez les primitifs, est paré plus magnifiquement que la femelle. Le souci d'améliorer son corps par la culture physique participe de cet état d'esprit. Et il n'est pas étonnant de voir qu'au fur et à mesure que se développe dans un pays la chirurgie esthétique, les demandes masculines se fassent plus nombreuses, tout au moins pour les corrections importantes ou moyennes. Aux U.S.A., il y a un homme pour deux femmes qui ont recours à la rhinoplastie; ces hommes appartiennent à toutes les

classes sociales et à tous les niveaux intellectuels, mais surtout les plus évolués, ce qui semble démontrer que l'intelligence n'exclut pas nécessairement un certain souci d'élégance plastique. Dans notre statistique, nous relevons le cas d'un directeur d'une banque importante (plastie abdominale), d'un avocat en renom (plastie palpébrale,) d'un professeur (rhinoplastie).

D'autre part, puisqu'il semble que le souci de la perfection de l'apparence morphologique est surtout le fait de la femme, l'idée qui vient tout de suite à l'esprit est que les hommes qui songent à recourir à la chirurgie esthétique seraient à tendance homosexuelle. Cela est peut-être vrai dans la mesure où la chirurgie esthétique est encore une chirurgie d'exception et où la crainte du ridicule empêche beaucoup d'hommes qui désireraient y avoir recours de le faire. Cependant, si l'on met à part certaines corrections, qui sont demandées non pas tellement par un souci d'esthétique que pour se rapprocher morphologiquement de l'autre sexe, ce que nous étudierons ultérieurement, on doit s'élever en faux contre le préjugé qui voudrait que ce soit surtout les invertis qui aient ce souci de coquetterie.

Rien dans l'étude des opérés hommes ne nous incite à souscrire à cette opinion, et nous pouvons dire que la plupart des patients étaient parfaitement normaux du point de vue sexuel.

En résumé, dans la majorité des cas, le recours à la chirurgie esthétique, autant de la part des femmes que des hommes, n'est que la manifestation banale d'une coquetterie qui, loin de révéler un trouble psychologique quelconque, n'est que la traduction d'une prédominance donnée dans la constitution de la personnalité à l'image corporelle et au souci très légitime de l'améliorer.

2° Narcissisme.

Le souci de parfaire son apparence participe en effet d'un certain degré de narcissisme. En effet, tel Narcisse amoureux

de son image, le sujet voudrait pouvoir s'admirer sans réserves, et il est gêné pour le faire par telle ou telle imperfection. Néanmoins, nous avons vu que la coquetterie, qui expliquait la majorité des recours à la chirurgie esthétique, était, dans la mesure où la demande est justifiée par une anomalie réelle, bien banale et n'avait rien de psychologiquement contestable. Aussi réserverons-nous plutôt ce qualificatif de narcissisme aux seuls cas où le souci de la perfection morphologique devient excessif et traduit déjà une tendance psychologique qui, sans être pathologique, doit inciter le chirurgien à se tenir sur une prudente réserve.

Il est des cas cependant où le souci de faire corriger un petit détail inesthétique, insignifiant pour tout autre que celui qui en est atteint, ne traduit pas exactement une tendance narcissique, mais plutôt une disposition de l'esprit à n'admettre aucune anomalie, aussi minime soit-elle. Ce sont des sujets qui ne peuvent supporter le moindre défaut, non pas tellement parce qu'il est inesthétique que parce qu'il est une rupture d'équilibre. Cette rigueur qu'ils ont pour leur corps, ils l'ont aussi pour toutes les choses qui les entourent, que ce soit leurs vêtements ou le décor de leur existence. Ils sont incommodés autant d'une dissymétrie ou d'une disharmonie des couleurs dans un motif décoratif que d'une petite irrégularité nasale. Ce sont des patients qui sont de véritables maniaques de l'ordre et de la symétrie.

Cette catégorie mise à part, le chirurgien esthétique sera souvent sollicité par des clients qui poussent la coquetterie jusqu'au narcissisme le plus extrême. Ce sont des personnes, des femmes le plus souvent, esclaves de leur miroir comme Narcisse l'était du reflet de l'onde de la source, qui s'étudient à longueur de journée, épiant le moindre défaut dont la correction pourrait les rendre plus belles et satisfaire davantage l'image qu'elles se font d'elles-mêmes. Elles ont épuisé toutes les ressources de l'art cosmétique, et, pour elles, la chirurgie esthétique n'est qu'une arme de plus, la plus efficace dans cet arsenal au service de la beauté.

Parfois même, il ne s'agit même pas de corriger une anomalie, pour aussi légère qu'elle soit, mais de modifier un visage déjà agréable dans le sens où le veut la mode, car les canons de la beauté ne sont pas immuables. La presse, le cinéma, la télévision, en diffusant le portrait des stars, créent chez certains une véritable obsession de leur ressembler. C'est ainsi qu'il sera parfois demandé au chirurgien de raccourcir ou de corriger un nez déjà régulier à l'image de telle ou telle vedette en renom, ou de modifier un regard pour le rendre plus attrayant en tirant sur l'angle externe de l'œil par une résection cutanée dans le cuir chevelu.

Les candidats à la chirurgie esthétique qui entrent dans cette catégorie sont nombreux et posent des problèmes d'indications opératoires déjà plus difficiles. Il y a là un domaine très délicat dans lequel le chirurgien doit manœuvrer avec beaucoup de prudence. S'il ne doit pas être trop strict et admettre la possibilité et la légitimité de corrections minimes lorsqu'elles sont techniquement possibles et esthétiquement justifiées, il va de sa dignité de ne pas se faire l'auxiliaire aveugle de l'art cosmétique.

Le chirurgien, s'il ne veut pas déconsidérer sa spécialité, doit faire preuve non seulement de sens esthétique, mais aussi de conscience, pour ne pas souscrire à toutes les exigences de ses malades.

Lorsque, dans ces cas difficiles, il acceptera d'intervenir, il devra être assuré d'atteindre son objectif technique : il faut que non seulement le petit défaut puisse être corrigé, mais aussi que cette correction contribue à améliorer l'aspect morphologique du patient. Il faut qu'il soit sûr aussi d'atteindre l'objectif psychologique qui est celui de satisfaire son malade. Bien souvent, cette excessive prédominance donnée à la morphologie dénote un certain tempérament nerveux. Il faut savoir que cette catégorie de patients est très exigeante, aussi difficile dans l'appréciation du résultat opératoire qu'elle pouvait l'être avant l'opération dans la détection du défaut. Ce sont des malades qui exigent retouches sur

retouches et qui seront enclins aux revendications post-opératoires. C'est pourquoi nous pensons qu'il peut être très utile pour le chirurgien de collaborer avec un psychiatre, auquel il fera appel dans ces cas difficiles pour le renseigner exactement sur le comportement mental du futur opéré. De même, il sera indispensable d'avoir d'excellentes photographies préopératoires, et il pourrait être même prudent d'avoir une demande écrite du malade dans laquelle celui-ci précise exactement ce qu'il attend de l'opération.

3° Désir de supprimer certaines disgrâces caractérielles.

Ce n'est plus dans un souci d'esthétique pure que le sujet veut recourir à la chirurgie, mais pour supprimer certains traits physiques qui sont non seulement inesthétiques mais qui paraissent aussi révélateurs d'une disposition caractérielle bien définie.

C'est ainsi que les nez longs à pointe pendante donnent à ceux qui en sont affligés un aspect triste et maussade. Il est fréquent de voir des sujets demander cette rectification non pas tellement pour embellir leur visage que pour ne plus être taxés de tristesse ou de mauvaise humeur. Il faut reconnaître que dans ces cas la transformation après l'opération est souvent spectaculaire, ce qui permet de penser que si, dans certaine mesure, on a le visage de son caractère (typologie des caractères), on peut aussi avoir le caractère de son visage.

Observation VI.

(Docteur Goumain.)

M. S. B., 35 ans, mariée, sans profession, consulte le Docteur Goumain en vue d'obtenir une rhinoplastie. Sa famille réprouve l'intervention car la déformation lui semble minime.

L'examen montre un nez qui, sans être proéminent ni très incurvé, n'en est pas moins long. C'est ce défaut que voudrait voir disparaître Mme B... Elle estime que ce nez donne à son visage un aspect maussade. « Quand je me regarde dit-elle, je me trouve

l'air si triste que cette sensation me rend effectivement triste. Mes amies me reprochent cette tristesse perpétuelle. » Elle est persuadée, après de nombreux essais pratiqués devant sa glace, que son nez raccourci donnerait de la gaieté à son visage et agirait par voie de conséquence sur son état d'esprit.

La malformation étant évidente et sa correction aisée, l'opération demandée est pratiquée. Le résultat transforme plus encore moralement que physiquement la jeune femme maussade qui s'était présentée à la première consultation. Le plâtre enlevé, la première confrontation avec le miroir amène le sourire. Un mois plus tard, le chirurgien voit revenir sa cliente détendue, presque exhubérante. Elle a repris goût à la vie, se montre enjouée, et son entourage doit reconnaître qu'elle paraît beaucoup plus heureuse et plus gaie qu'elle ne l'a jamais été.

Nous avons vu dans un chapitre précédent, et nous ne ferons que le rappeler, le préjugé social défavorable lié à certaines disgrâces telles que le rhinophyma (éthylisme), rétrognathisme (idiotie)...

4° Motifs divers.

L'étude des dossiers des chirurgiens esthétiques, établis en collaboration avec les psychiatres et les psychologues, permet de mettre en évidence un certain nombre d'autres motifs très divers et souvent inattendus, comme le désir d'accroître sa popularité en supprimant les disgrâces antipathiques, ou celui de supprimer une ressemblance avec un parent que l'on n'aime pas, ou encore de commencer une nouvelle vie avec un nouveau visage.

Nous avons vu que le désir de dissimuler sa race présente à la fois des incidences sociales et psychologiques.

Plus intéressantes sont les demandes motivées par le désir de modifier les caractères généraux du sexe auquel appartiennent les patients. Souvent, c'est pour accuser ces caractères que les sujets font appel à la chirurgie plastique. C'est ainsi que parfois des femmes à l'aspect viril demandent, pour paraître plus féminines, une rhinoplastie qui adoucira les contours trop accusés d'un nez.

Observation VII.

(Linn and Iwing B. Goldmann, *in* Psychiatric observations concerning Rhinoplasty, *Psychosomatic Medecine*, sept.-oct. 1949, p. 307.)

Jeune fille de 21 ans, affligée d'un nez proéminent, qui se présente d'elle-même pour psychothérapie. Elle accuse un état de dépression et d'anxiété qui est apparu après des relations sexuelles avec une femme plus âgée. Longuement interrogée, la malade avoue des complexes d'infériorité : elle se trouve laide, peu féminine, et se croit incapable d'avoir une vie de femme normale. Après un an de psychothérapie elle décide de faire rectifier son nez. Au point de vue esthétique le résultat est bon, mais, ce qui est le plus frappant, c'est la transformation psychologique de la malade, qui a repris confiance en elle-même. Elle entre à l'université et prend une part active à la vie sociale entre filles et garçons. Peu de temps après, elle se fiance. Elle souffre encore de temps en temps de périodes d'anxiété et est suivie par un psychanalyste.

Parfois c'est l'inverse, et le désir de se rapprocher morphologiquement du sexe opposé, qui incite les invertis conscients ou inconscients à demander une modification de leur nez qui leur donnera un aspect plus féminin, comme ils ont déjà demandé à leur hormonologiste de modifier leurs seins par un traitement hormonal.

Observation VIII.

(G. Hill and A. Gilbert, *in* Psychodynamic and Esthetic Motivations for Plastic Surgery, *Psychosomatic Medecine*, nov.-déc. 1950, p. 345.)

Jeune homme de 19 ans entré récemment dans une école d'art dramatique et qui demande une rhinoplastie pour supprimer une bosse qui le confine dans les rôles de mauvais garçons. Il est par ailleurs bel homme, intelligent, gai et sympathique à tous. Il

aime plaisanter et se plaît à imiter les démarches féminines, chose qu'il réussit d'ailleurs fort bien, étant naturellement gracieux.

Il vit avec sa mère dans une ambiance de camaraderie et de grande tendresse. Elle lui manifeste souvent son affection, et il se plaît à l'appeler son meilleur « flirt ». Son école dramatique étant mixte, il est en rapport avec de nombreuses jeunes filles, et bien qu'il sorte souvent avec elles, il n'y prend pas grand plaisir. Il éprouve du mépris pour elles et se plaît à être grossier et désagréable.

Des entretiens nombreux avec le psychiatre ont mis en évidence chez ce jeune homme des tendances très nettes à l'homosexualité. Il reprochait surtout à son nez d'être disgracieux et voulait accentuer le caractère féminin de sa personne. Inconsciemment, il désirait changer de sexe.

Il va sans dire que, sous aucun prétexte, le chirurgien ne devra se prêter à une telle exigence. Ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas, comme peuvent en témoigner les photos de quelques invertis célèbres et certainement opérés.

Enfin, une place à part doit être faite à l'étude des motifs qui poussent les patients à désirer une opération de rajeunissement, type plastie palpébrale ou lifting. Il s'agit là d'un sentiment assez complexe, où, à des raisons sociales parfois, comme nous l'avons vu, peuvent s'ajouter toutes les raisons psychologiques précédentes et aussi cette crainte de la vieillesse, réalisant ce que l'on pourrait appeler la géronto-phobie, appréhension vieille comme l'humanité, qui a cherché longtemps dans la pierre philosophale la solution au mythe de Faust. On connaît l'intérêt que les biologistes portent actuellement au problème de la sénéscence et l'importance des travaux du Professeur Binet sur cette question. Le « concept vieillesse » tend à être reconsidéré du tout au tout. L'augmentation de l'âge moyen de l'existence, qui atteint 60 ans, a décidé les hygiénistes, certains psychologues, des biologistes, des économistes, à étudier de fond en comble le problème de la sénescence dans son substratum

anatomique, dans son aspect physiologique et psychique. De moins en moins la maladie est considérée comme la conséquence inéluctable de la vieillesse (Professeur Binet). Les raisons anatomiques révélées par les protocoles d'autopsie, et considérées comme caractéristiques de la vieillesse (sclérose, athérome...), peuvent manquer chez le vieillard et par contre se rencontrer chez l'adulte. L'âge n'est pas fatalement la cause des maladies organiques (O. Loras). De plus en plus, on considère que l'état de vieillesse est aggravé par une incidence psycho-somatique et qu'il peut être amélioré par une psychothérapie confiante, libératrice des contraintes et des fatalités. Les perturbations émotionnelles, névrotiques, psychotiques, expliquent que des individus soient à 60 ans des vieillards, alors que d'autres à 80 ans sont des adultes sans aucune des caractéristiques que l'on prête aux vieillards (O. Loras).

Plus que l'âge de ses artères, on à l'âge de son psychisme. Le médecin gérontologue doit se délivrer du concept traditionnel de l'irréductibilité. On conçoit l'appoint que peut apporter dans certaines limites raisonnables la chirurgie esthétique dans cette psychothérapie de la vieillesse, en permettant dans une certaine mesure de lutter contre les stigmates de l'âge.

Il appartiendra au chirurgien esthétique de sélectionner sévèrement les indications opératoires. Il devra faire preuve de conscience professionnelle en supputant l'avantage que peut apporter à son patient l'opération. Ce serait en effet une véritable escroquerie morale que d'entretenir chez lui une fausse illusion. Mais, ce faisant, il aura la satisfaction, après son opération, d'obtenir un double rajeunissement, non seulement morphologique, mais aussi psychologique tant il est vrai que l'on a aussi l'âge de ses rides. Il aura contribué au même titre que le psychothérapeute, et même plus efficacement que lui, à supprimer dans une certaine mesure cette angoisse de l'âge qui est la maladie la plus grave de la vieillesse.

L'harmonie de la dernière partie de la vie devrait résulter de la sagesse à savoir vieillir et à accepter « des ans l'irréparable outrage ». A défaut de cette sagesse, mieux vaut cependant recourir au chirurgien esthétique plutôt que de vendre son âme à Méphisto.

Réactions latentes.

Nous venons de voir que, le plus souvent, la disgrâce déterminait un conflit dont le sujet qui en était atteint demandait la solution à la chirurgie esthétique.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces réactions soient permanentes et que les sujets qui recourent à la chirurgie esthétique aient connu de tout temps l'obsession de leurs défauts.

Il arrive que les personnes qui avaient jusque-là bien toléré leur disgrâce se mettent à réagir violemment à l'occasion d'un événement extérieur. Les causes d'une telle réaction sont des plus diverses.

Ce sont parfois l'attitude de l'entourage, les railleries des personnes qui travaillent avec lui, qui révèlent à un sujet tout d'un coup sa disgrâce.

Observation IX.

(Docteur Goumain.)

Mme Carmen D..., 44 ans, s'adresse au Docteur Goumain pour une rhinoplastie.

C'est une femme d'apparence calme et posée, qui explique les raisons de sa décision : elle veut faire rectifier son nez, dont la pointe est mince et longue et dont l'arête présente des irrégularités, parce qu'elle se sent ridicule.

Interrogée, la malade déclare qu'il n'y a que quelques années qu'elle a pris conscience de cette difformité. Enfant, puis jeune fille, elle ne s'était jamais souciée de son nez. pas plus que pendant toute la période qui suivit son mariage jusqu'à ces dernières années.

Sa situation en effet est devenue plus difficile au point de vue familial et économique depuis que, son mari ayant été victime d'un accident du travail, elle a dû prendre un emploi à la cantine de l'usine qui l'employait. Elle ne se plaint pas, mais il semble que l'on puisse déduire de son récit que ce changement de situation l'a sensiblement affectée. Rien en effet ne laisse supposer chez cette femme, par ailleurs peu soucieuse de son élégance, qu'il y ait à la base de sa demande d'intervention des préoccupations d'ordre sexuel.

Il a suffi, pour que le conflit éclate chez cette femme, qui jusque-là ne s'était jamais souciée de l'apparence de son nez, de réflexions, de railleries venant de la part de ses camarades et qui, peut-être amplifiées, paraissent cependant indéniables. Ceci, à une période où survenaient les soucis rapportés plus haut. Au début, raconte la malade, elle n'y prêtait pas attention. Mais les quolibets persistants ont créé un véritable climat d'hostilité, dont la malade s'est sentie agacée, puis franchement irritée. Elle en est actuellement au point où tout travail en équipe lui est insupportable. Elle se sent malheureuse, a l'impression que toutes ses camarades se moquent d'elle. Elle reconnaît être devenue très nerveuse et très irritable.

L'opération est pratiquée quelques jours plus tard. Mme C.D., quitte la clinique satisfaite, détendue et prête à reprendre son travail.

Parfois ce sont les réactions du milieu familial, du conjoint, des frères et sœurs, des camarades d'école :

Observation X.

(G. Hill and A. Gilbert, *in* Psychodynamic and Esthetic Motivations for Plastic Surgery, *Psychosomatic Medecine*, nov.-déc. 1950, p. 345.)

Femme de 58 ans adressée par son médecin au chirurgien pour un lifting. C'est en effet une malade très ridée qui se présente au chirurgien et lui fait part des motifs qui la poussent à subir cette

intervention : elle constate qu'elle vieillit énormément, mais, ce qui l'affecte plus encore, c'est l'attitude de son mari, qui s'en aperçoit et lui en fait le reproche.

L'interrogatoire révèle que la patiente en effet est très attachée à son mari, son aîné d'un an. Elle tient d'autant plus à son affection qu'elle a eu une enfance et une adolescence malheureuses du fait d'un père brutal et alcoolique, qui faisait régner la terreur au foyer familial. Depuis son mariage, au contraire, elle connaît la paix. La réussite du ménage se confirme également sur le plan économique. Mais elle commence à vieillir, passe la majeure partie de son temps devant son miroir et se met à boire, ce qui n'arrange pas les choses. Elle pense qu'une opération aurait une influence heureuse à la fois sur son aspect et sur l'attitude de son mari.

L'opération a lieu et donne un résultat satisfaisant. Le mari lui-même se déclare enchanté. Il est certain que, dans ce cas, la psychothérapie n'aurait eu que de problématiques chances de succès. L'intervention, en corrigeant les stigmates de l'âge, a guéri cette femme, du moins pour quelques années, de son obsession déclenchée par la réaction de son mari.

Le seul fait d'apprendre qu'une disgrâce peut être chirurgicalement supprimée la rend plus difficilement supportable. A partir de ce moment, s'en débarrasser devient une obsession, alors que le patient en acceptait jusque-là la fatalité, la croyant incurable.

Enfin et surtout, c'est à l'occasion de drames affectifs et psychiques que le conflit jusque-là latent éclate. C'est lors d'une déception sentimentale, d'une mésentente dans un couple, que le sujet délaissé ressent soudain sa disgrâce morphologique, la rend responsable de ses déboires et en demande la correction, alors que, jusque-là, il l'avait parfaitement tolérée.

Nous retrouvons là l'influence consciente ou inconsciente de la sexualité, qui, tel un leitmotiv, apparaît tout au long de cette étude du climat psychologique de chirurgie esthétique.

Ainsi, dans la grande majorité des cas, on peut trouver aux motifs de recours à la chirurgie esthétique des raisons psychologiques normales. Le souci d'embellissement, qu'il soit une fin esthétique en soi, ou qu'il soit un moyen conscient ou inconscient de réaliser sa sexualité, est légitime. L'aspiration à la beauté a été la préoccupation d'une partie de l'humanité au cours de son évolution. Il n'y a pas de raisons philosophiques, morales ou même religieuses qui l'empêchent de l'appliquer au corps humain, si cela est techniquement réalisable. Même dans le cas de narcissisme, où un terrain nerveux semble prédisposer certains à tolérer moins facilement que d'autres une disgrâce légère, la chirurgie esthétique reste valable, à condition d'en poser plus rigoureusement les indications, ne serait-ce quelquefois que pour enrayer l'évolution vers un de ces états psychiques plus graves que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE III

ASPECTS PSYCHIATRIQUES

Dans le chapitre précédent, nous avons essayé d'analyser les raisons psychologiques du recours à la chirurgie esthétique.

Nous avons vu que, le plus souvent, ce recours est la conséquence d'une réaction à une difformité, lorsque celle-ci devient une réalité consciente et qu'il s'y surajoute des facteurs aggravants, qui peuvent être sociaux, familiaux ou caractériels.

Somme toute, la réaction à la laideur est très comparable à la réaction à la douleur. Certains s'en accommodent et la supportent stoïquement. Quelques-uns l'accusent normalement, d'autres enfin ne peuvent la supporter et réagissent violemment. De même qu'il est une variété de réaction à la douleur qui est de l'hystérie, de même il arrive que la réaction de l'individu à la laideur dépasse le cadre des réactions psychologiques normales et devienne pathologique.

C'est dire que, dans ce domaine, la limite entre le normal et le pathologique est bien imprécise et que c'est très artificiellement que nous avons distingué un chapitre d'incidences psychologiques et un autre d'incidences psychiatriques. Dans l'éventail des réactions à la laideur qui se développe de la normale à la psychose, en passant par tous les états névrotiques et les différentes constitutions psychopathologiques, les transitions sont bien insensibles.

Nous avons étudié ce que nous pouvions considérer comme des réponses normales à la prise de conscience d'une disgrâce morphologique.

Nous allons maintenant exposer les réponses que nous pouvons considérer comme psychopathologiques.

Nous commencerons par l'analyse du sentiment d'infériorité, réaction déjà plus sévère à une disgrâce.

Nous le plaçons dans ce chapitre d'incidences psychiatriques, car il peut être l'indice possible d'un terrain psychopathologique et son existence doit inciter le chirurgien à une certaine prudence quand il pose ses indications opératoires.

Au-delà de ce seuil nous entrons dans le domaine du pathologique, des névroses et des psychoses, qui constituent des contre-indications absolues à l'intervention et qui seraient autant de pièges pour le chirurgien qui les méconnaîtrait.

Le sentiment d'infériorité.

Le problème psychiatrique commence à notre avis lorsque, dépassant le stade de la simple incommodité psychologique, la disgrâce morphologique marque d'une empreinte sévère le comportement de l'individu et influe sur le développement de son caractère et de sa personnalité.

Dans ce cas, la réaction la plus fréquente est le développement d'un sentiment d'infériorité.

Cette notion de sentiment d'infériorité a conquis la faveur du public, et l'on a douté et souri du rôle que pouvait avoir sur lui la chirurgie esthétique. Il était considéré comme une mauvaise excuse à une chirurgie qui en cherchait. Ce serait pourtant méconnaître les faits que de nier son existence et le rôle thérapeutique que peut avoir la chirurgie plastique.

Quand on dépouille les dossiers des chirurgiens esthétiques établis par des psychiatres, quand on prend la peine de converser longuement avec les patients qui viennent demander une opération plastique, on se rend compte de l'importance que peut prendre, chez certains individus qui, à tort ou à raison, attachent une grande importance à leur apparence, une imperfection morphologique.

Le sentiment d'infériorité est un état obsessionnel, pouvant réaliser dans les cas extrêmes une véritable névrose esthétique.

Pour Adler, il est toujours la conséquence de la disgrâce, la débilité physiologique précédant le nervosisme. En réalité, si cette opinion peut paraître vraie pour les difformités congénitales, bien qu'encore elle soit invérifiable, elle est certainement excessive, car elle nie le rôle essentiel du terrain. L'observation des difformités apparaissant plus tard, à l'adolescence ou même à un âge plus avancé, montre que ne fait pas qui veut un syndrome d'infériorité. Assez souvent, et J. Toulemonde y insiste, la mentalité nerveuse précède la déficience physique. Dans cette interdépendance du physique et du moral, le tempérament joue un rôle essentiel.

Le terrain, sur lequel apparaît avec prédilection le syndrome d'infériorité, est celui du psychasthénique de Janet et aussi celui de l'introverti (J. Jung), dont les caractères principaux sont l'émotivité essentielle ou l'inquiétude associées à un besoin d'être aimé, loué et rassuré, l'hypersensibilité avec extrême vulnérabilité aux critiques. Ce terrain est aggravé quelquefois par les réactions de l'entourage, les brimades, la sévérité de l'éducation (Mounier, *Traité du caractère*), le despotisme des aînés (*Névrose des cadets*, de Toulemonde).

Le sentiment d'infériorité isole presque complètement du monde extérieur celui qui en est atteint, lui enlevant toute confiance, paralysant son activité, modifiant son comportement psychologique, affectif et social. Les humiliations, la rumination des déconvenues, créent une véritable sensation d'impuissance chez le sujet (J. Toulemonde).

Tout se passe comme si la disgrâce jouait un rôle nocif en soustrayant à la croissance générale de la personnalité un lot d'énergie dont elle a besoin pour s'affirmer, s'engager dans une activité professionnelle et sociale.

Syndrome d'infériorité et disgrâces nasales.

Si nous exceptons les graves séquelles de brûlures et les grosses mutilations faciales (« frappez au visage », recom-

mandait à ses soldats, avant Pharsale, César, qui savait qu'être défiguré c'est être deux fois blessé), une des causes les plus habituelles du sentiment d'infériorité réside dans les malformations du nez. Le nez joue, en effet, un rôle essentiel dans la structure de l'image du corps. C'est l'organe le plus visible, qu'aucun artifice ne peut dissimuler. Il n'est jamais couvert par les vêtements. Il n'y a aucun moyen de le cacher, à moins de couvrir toute la face. Un sujet obsédé par son nez est particulièrement tourmenté par sa visibilité. Le nez joue un rôle essentiel dans l'harmonie de la face, et de sa régularité ou de ses dimensions dépendront toute la beauté d'un visage. L'éclat des yeux, la qualité de la peau, la régularité du visage, ne compensent pas un appendice nasal disgracieux, mais ces qualités, au contraire, reprennent toute leur importance après une rhinoplastie correctrice réussie.

A tort ou à raison, le nez paraît révéler le caractère de celui qui le porte : nez mutin, retroussé, nez long et triste, nez busqué, masculin, indice d'une force personnalité, petit nez parisien et spirituel, nez rouge de l'ivrogne. Des caricaturistes comme Sennep le savent bien, qui, d'un coup de crayon, exagérant les caractères d'un nez, campent tout un personnage. C'est aussi à cause de son importance psychologique que la mutilation nasale est considérée comme la blessure infâmante par excellence chez nombre de primitifs, et particulièrement chez les Arabes. Le film et la communication récente au Congrès de Chirurgie 1956 du Professeur Lagrot, d'Alger, sur les mutilations faciales au cours du terrorisme en Algérie, en attestent toute la cruelle actualité.

Nous savons aussi toute l'importance que prend le nez comme caractère racial, que ce soit chez les Israélites ou chez les Noirs.

Enfin, en plus de son rôle esthétique ou racial, on ne saurait trop insister sur l'importance que prend le nez comme caractère sexuel secondaire. A la puberté, commence

la croissance du nez, qui se poursuit pendant toute l'adolescence, pour aboutir à un résultat qui, par sa forme et ses proportions, peut être exquisement féminin ou nettement masculin. On sait combien un grand nez masculin peut déparer la beauté d'une femme par ailleurs jolie, et inversement combien un homme voit son apparence de virilité amoindrie par un nez trop petit ou disproportionné. C'est après la puberté que le nez tend à prendre sa forme définitive, conséquence d'éléments congénitaux ou traumatiques de l'enfance. On conçoit l'importance qu'il peut prendre à cette période d'affirmation sexuelle et la difficulté supplémentaire qu'il peut créer chez les individus pour lesquels l'image du corps est déjà faussée par des difficultés d'identification du sexe.

L'importance du nez au point de vue esthétique, caractériel, racial, et même sexuel, explique aisément la fréquence avec laquelle une anomalie morphologique de cet organe peut déclencher un sentiment d'infériorité et la véritable obsession que certaines personnes peuvent cristalliser sur son imperfection.

Linn et Irving B. Golmann ont décrit ce qu'ils appellent le syndrome de la rhinoplastie.

Il s'agit de sujets dont le nez est devenu une véritable idée fixe. Ils sont persuadés que tout le monde les regarde à cause de sa forme. Ils deviennent timides, manquent de confiance en eux, évitent la vie de société et en arrivent à une véritable agoraphobie. Parfois même, ils éprouvent une réelle angoisse. Ils usent de certains subterfuges pour dérober aux regards des autres ce qu'ils considèrent comme l'angle le plus défavorable de leur visage (le profil). Ceci donne une certaine maladresse à leur attitude. Quelquefois, ils prennent l'habitude de cacher leur nez avec les mains tout en parlant. Une de nos malades portait des lunettes à verres neutres pour diminuer l'apparence de longueur de son nez. Ils sont incapables de porter une attention soutenue, justement parce que leur attention est toujours fixée

sur leur nez. Parce qu'ils sont persuadés d'être sans charme, ils ne prennent aucun soin pour s'habiller de façon agréable. Les femmes portent des vêtements très simples et se coiffent pendant des années du même genre de chapeau, parce que c'est celui qu'elles estiment aller le mieux avec la forme de leur nez. Pour la même raison, elles se confinent toujours dans la même coiffure. Ils évitent de sortir en public. Une de nos premières opérées n'entrait dans un cinéma que lorsque le spectacle était commencé, car elle avait peur des railleries du public sur son nez, qui était très proéminent et bossu.

Ce sentiment d'infériorité les paralyse au point de vue social. Une partie de l'énergie psychique dont ils sont capables est distraite par leur préoccupation. Ils ne peuvent fixer leur attention sur leur travail. Des étudiants reconnaissent ne pouvoir s'absorber dans leurs lectures quand ils travaillent dans une bibliothèque publique. Un externe des hôpitaux qui voulait être opéré confiait qu'il n'osait lire une observation à haute voix dans le service, car il se sentait le point de mire de ses camarades. On retrouve les mêmes confessions de la part de vendeuses, de professeurs, et, d'une façon générale, de tous les sujets dont la profession les met en relation avec d'autres gens. Toutes ces personnes souffrent d'une véritable diminution de leur personnalité.

Quand ce sentiment d'infériorité n'est pas lié à un état névrotique trop grave, sa réalité est démontrée spectaculairement par la transformation qui suit une rhinoplastie réussie. Un sentiment d'exaltation fait suite à l'opération, et tous les termes du syndrome précédemment décrit sont inversés. Il y a une rapide réorganisation de l'image que se fait le malade de lui-même. Il en arrive très vite à oublier son aspect antérieur. Son sentiment d'infériorité est remplacé par un sentiment de confiance en lui-même. En public, il se sent détendu. Son anxiété et sa maladresse disparaissent. Ses contacts humains sont plus chaleureux. Les femmes deviennent plus coquettes pour leurs vêtements et

leur coiffure. Lorsque l'opération est couronnée de succès, il en résulte une transformation de l'individu dans le sens qu'il désirait. Toute l'énergie psychique, qui était annihilée par la disgrâce, est libérée et susceptible d'être utilisée pour une meilleure adaptation à la vie.

Syndrome d'infériorité et disgrâces mammaires.

D'autres disgrâces peuvent déterminer un syndrome d'infériorité. Les poches palpébrales en particulier, première atteinte de l'âge, pourront devenir chez des femmes encore jeunes une véritable obsession, au point qu'elles ne verront un refuge, à défaut de chirurgie esthétique, que dans le port permanent de verres fumés.

Mais ce sont surtout les disgrâces mammaires qui ont une répercussion profonde sur le psychisme des patientes. Car c'est en effet avec ces disgrâces mammaires que le problème des rapports des malformations morphologiques et de l'activité sexuelle prend toute son acuité. Les seins, caractères sexuels secondaires les plus importants, sont les symboles de la féminité. Ils représentent un des éléments essentiels de la beauté de la femme et de l'attraction qu'elle peut exercer sur l'homme. Chez la femme soucieuse de plaire, on conçoit l'importance que peut prendre à ses yeux une imperfection mammaire, et la fréquence avec laquelle pourra se développer chez elle un sentiment d'infériorité qui lui fera perdre toute sa confiance dans ses possibilité de séduction, avec toutes les conséquences que cela peut comporter au point de vue affectif, sentimental ou sexuel. Quand on sait l'importance donnée à la libido dans le déclenchement des névroses et des psychoses, on comprendra aisément la gravité de certaines réactions féminines à une disgrâce mammaire, lorsque celle-ci est devenue un obstacle au développement d'une sexualité normale. Une de nos opérées refusait depuis plusieurs années d'avoir des rapports avec son mari parce qu'elle avait honte de sa poitrine. Une jeune fille, qui

réclamait une mastoplastie, voulait, à défaut de cette solution à son angoisse, rompre avec son fiancé, car elle avait une véritable obsession de la nuit de noces. Elle avait, en effet, le sentiment de la désillusion qu'aurait certainement son futur mari, qui avait eu le tort de lui confier un jour l'importance qu'il donnait à la poitrine dans la plastique de la femme. Plusieurs de nos opérées présentant des seins hypertrophiés, surtout des jeunes filles, et cela n'a rien d'étonnant quand on sait l'importance consciente ou inconsciente que peuvent prendre les problèmes sexuels dans l'adolescence (C. Koupernik), avaient développé de véritables sentiments d'infériorité qui avaient transformé du tout au tout leur existence. Elles refusaient de se mettre en robe du soir ou en costume de bain, ayant le sentiment de leur disgrâce. Elles évitaient de fréquenter des garçons dont elles craignaient d'être la risée, et voyaient dans leur tare morphologique un obstacle au mariage. Il est vrai que parfois la morale peut ne pas y trouver son compte. Une de nos opérées, jeune fille sérieuse jusqu'à l'opération, commença à se dissiper et à « vivre sa vie » deux mois après une mastoplastie particulièrement réussie. Mais ceci, comme le dirait Kipling, est une autre histoire...

Syndrome d'infériorité et malformations infantiles.

Il ne faudrait pas croire que ce sentiment d'infériorité ne soit le lot que des adultes ou des adolescents. Il existe chez les enfants. C'est même chez eux qu'il prend toute sa gravité, car il peut déterminer tout leur devenir caractériel. On sait toute l'importance que A. Adler a donnée aux tares physiques, qu'elles soient organiques ou morphologiques, dans le développement du « tempérament nerveux ». « L'enfant atteint d'infériorité constitutionnelle, écrit Adler, auquel nous pouvons comparer, au point de vue du développement mental ralenti et de la prédisposition à la névrose, l'enfant laid, cherche avec plus d'ardeur qu'un enfant sain à se soustraire aux nombreuses misères de la vie... Il s'analyse

d'abord, ce qui lui permet d'établir la somme de ses misères, de se rendre compte à quel point il est incapable, inférieur, humilié, privé de sécurité. Chez les enfants constitutionnellement inférieurs, le sentiment de personnalité, à mesure qu'il s'éveille, subit un refoulement. L'idée qu'ils se font de leur propre valeur est toujours très modeste. » Adler insiste et démontre combien l'infériorité organique influe sur la constitution psychique, affectant l'activité et la pensée, se manifestant dans les rêves, s'exprimant dans le choix d'une profession, dans les penchants et les aptitudes artistiques (Adler, *Le tempérament nerveux*).

Pour le Docteur Boven, tout ce qui accentue l'infériorité infantile a pour effet, soit d'accroître l'ambition, soit de la dévoyer. « Toute difformité, écrit-il, toute anomalie, tout déficit organique ou mental : un nez mal fait, un bras grêle, des jambes inégales, la faiblesse d'un viscère, une incapacité d'ordre intellectuel, tout ce qui déprécie l'individu sans que toutefois il s'en rende toujours compte, tout cela l'expose à des déviations. Le « tempérament nerveux », c'est le tableau physique et moral de ces vicissitudes. »

L'enfant tient en puissance tout l'avenir caractériel de l'adulte, car pour Adler les caractères ne sont pas innés, mais acquis. Il est facile de concevoir l'importance que peut prendre à cet âge une malformation morphologique, que ce soit une infirmité ou une simple disgrâce esthétique, sur le développement du psychisme. Nous avons vu, et Adler y insiste, que parfois, lorsqu'il s'agit de caractères bien trempés, l'enfant fait face à ses difficultés et qu'il arrive à trouver une compensation à sa disgrâce. Mais pour un qui sublime sa malformation, nombreux sont ceux qui vont voir se développer chez eux un sentiment d'infériorité, de refoulement de la personnalité. Gaucherie, timidité, anxiété, susceptibilité, insécurité, voire même agressivité, vont être le lot de ces enfants et vont distraire une quantité importante de leur énergie psychique.

Dès 5 à 6 ans, l'enfant commence à poser des questions

sur les différences qu'il note entre sa propre apparence et celle de ses camarades. Il prend alors conscience de sa disgrâce, et cette notion est accrue par la réaction de son entourage, et en particulier de ses condisciples. Cet âge est sans pitié, et l'enfant, en butte aux innombrables railleries, aux brimades, quelquefois stigmatisé d'un surnom, parfois rejeté du groupe de ses camarades, aura l'impression de se déplacer dans un monde hostile. Byron attribue l'aigreur de son caractère aux railleries que lui attira son pied-bot : « Les premières impressions sont indélébiles, écrit-il. Ma pauvre mère, et surtout mes camarades d'école, par leurs moqueries, m'avaient amené à considérer mon infirmité comme un grand malheur, et je n'ai jamais pu dominer ce sentiment. Il faut une grande bonté naturelle pour vaincre l'amertume corrosive qu'une difformité engendre dans l'esprit et qui vous aigrit contre tout le monde » (cité par A. Maurois). Ce sentiment est aggravé par l'attitude des parents qui, en faisant de la disgrâce un sujet tabou, en accroissent le mystère et le caractère d'exception qui augmentent son angoisse.

Les réactions des parents d'un enfant atteint d'une malformation morphologique sont d'ailleurs très intéressantes à considérer et conditionnent dans une grande mesure celles de l'enfant. Il y a toute une psychologie des parents d'enfants disgraciés, et en particulier de la mère, qui a été très longuement analysée par A. Bryt, et qui va influencer le psychisme de l'enfant. De nombreuses attitudes sont possibles de la part de la mère : quelquefois rejet de l'enfant, honte de la disgrâce qu'on dissimule, ou même de l'enfant que l'on isole, parfois sentiment de culpabilité pour les affections congénitales, mais le plus souvent surcroît de la tendresse maternelle, qui essaie de compenser dans une certaine mesure les réactions hostiles du milieu extérieur

Cela est vrai pour les malformations importantes telles que séquelles de becs-de-lièvre, rétrognathisme, cicatrices sévères de brûlures... En démontrer la gravité de leur réper-

éussion psychique parait un truisme. Mais ce qui est intéressant à savoir, c'est que cela est aussi vrai pour les déformations moins importantes, telles que, par exemple, les simples oreilles décollées, dont on pourrait avoir tendance à minimiser les conséquences caractérielles.

Ce fait n'est d'ailleurs pas ignoré des médecins psychiatres infantiles, qui, chez l'enfant retardataire, savent qu'il faut savoir détecter, en plus des troubles de l'intelligence, non seulement les infirmités (surdité, myopie...), mais aussi les tares morphologiques, même quelquefois minimes, comme les oreilles décollées. Loin de nous l'idée de prétendre qu'il y a là une solution à toutes les difficultés scolaires de l'enfant. Nous ne voudrions pas tomber dans ce ridicule, mais il est indéniable que cette petite cause a parfois son importance, et tous les chirurgiens plastiques pourraient fournir des observations d'enfants dont l'intelligence paraissait normale et leur retard inexplicable, qui furent transformés intellectuellement par une opération plastique sur le pavillon. Ces enfants, en butte aux quolibets de leurs camarades, s'étaient isolés psychiquement, manquaient de confiance, et la préoccupation qu'ils avaient de leur infériorité les empêchait d'appliquer leur esprit à des fins plus utiles. Si l'on ajoute les conséquences caractérielles qui peuvent en découler pour l'avenir, on comprend pourquoi la tendance de beaucoup de chirurgiens plastiques est de faire cette opération de plus en plus précocement, même si l'absence de coopération de l'enfant oblige à faire cette opération sous une courte anesthésie générale. Dans ces conditions, l'intervention peut être faite à partir de 2 ans 1/2, âge auquel le cartilage présente suffisamment de tonicité. D'ailleurs, les enfants en reconnaissent tellement eux-mêmes l'utilité qu'il est surprenant de les voir très jeunes, à 5 ans, accepter les ennuis d'une anesthésie locale pour devenir semblables à leurs petits camarades. Une de nos dernières petites opérées, qui avait 7 ans, réclamait depuis longtemps cette opération à sa mère, qui ne put lui faire de meilleur cadeau que

d'accepter. Le sourire qu'eut cette enfant lorsqu'on enleva le premier pansement récompensa sa mère d'avoir pris cette décision.

Ce sentiment d'infériorité que nous venons d'étudier à propos des différentes difformités nasales, mammaires, et des malformations infantiles, — sentiment qui se rencontre aussi bien chez l'adulte que chez l'adolescent ou que chez l'enfant, chez lesquels il prend une gravité exceptionnelle — a été objectivé par l'étude de tests pratiqués par les psychologues américains. Theodora M. Abel et Serena Weissmann ont appliqué à 74 sujets présentant des malformations faciales diverses les méthodes d'examens psychologiques, et en particulier ont recherché chez ces sujets les tests de Rorschash, le « Draw A. Person », le « Wechsler-Bellevue adult intelligence scale », le « Murray thematic apperception test ».

Sans entrer dans les détails des résultats, disons que ces auteurs ont obtenu des renseignements intéressants sur la structure de la personnalité des sujets présentant des déformations faciales. Ils ont mis en évidence chez eux, d'une façon certaine, des sentiments profonds de dépendance, d'hostilité, voire d'agressivité, et une certaine tendance à l'isolement, cela souvent chez des sujets qui n'objectivaient pas cliniquement leur sentiment d'infériorité. Ces auteurs insistent, comme nous l'avons fait nous-même maintes fois au cours de cette étude, sur le fait qu'il n'y a aucune concordance entre l'importance de la déformation et la réaction du sujet.

Albert Bryt, ayant étudié 150 sujets présentant des déformations faciales, pris au hasard d'un service de chirurgie plastique, arriva aux mêmes conclusions, mais, les ayant partagés en deux groupes selon l'importance de la disgrâce, il remarqua que les sujets ayant une déformation légère réagissaient plus gravement que les autres, comme si le seul fait de venir dans un service de chirurgie plastique pour solliciter la réparation d'une légère déformation était l'indice d'un terrain psychopathologique, tandis que d'y venir pour une déformation grave était une attitude normale.

Névroses et psychoses.

Si nous avons donné un long développement au *syndrome d'infériorité*, c'est que nous considérons que sa connaissance est essentielle à celui qui essaie de démêler les motifs du recours à la chirurgie esthétique, et que ce syndrome peut être considéré comme le seuil de la psychopathologie. Il ne nous appartient pas d'intervenir dans la discussion pour savoir si la disgrâce déterminant un syndrome d'infériorité, première étape vers une névrose, en est la cause déterminante ou si, au contraire, comme cela est plus généralement admis, cette réaction grave à une disgrâce par un syndrome d'infériorité ne fait que traduire un terrain nerveux déjà pathologique. En d'autres termes, la disgrâce peut-elle déterminer une névrose réactionnelle ou, au contraire, n'est-elle ressentie gravement que parce qu'il existe déjà un tempérament nerveux, un potentiel psychique déjà diminué ? Le problème présente une analogie avec celui si discuté que posent les psychonévroses traumatiques. Et, à propos de ces dernières, pour reprendre la comparaison de M. Minkowski, ne peut-on pas dire, comparant celui qui en est atteint à un alpiniste, que « celui qui fait une névrose esthétique ne tombe pas dans une crevasse de glacier, mais tombe pour ainsi dire dans sa propre crevasse et dans la crevasse sociale dont il est entouré » ?

Il appartient aux spécialistes psychiatres de répondre à cette question. Il n'est pas certain d'ailleurs qu'ils le fassent tous dans le même sens. Cependant, il est assez communément admis actuellement que le sentiment d'infériorité est la traduction d'un tempérament nerveux. En effet, tout se passe en pratique comme si, dans certains cas, la névrose était déclenchée par la disgrâce et si, dans d'autres cas, au contraire, c'était l'état névrotique qui cristallisait sur une disgrâce un syndrome d'infériorité. Bien que cette distinction puisse paraître choquante à certains psychiatres, elle nous paraît essentielle. Dans le premier cas, on peut espérer que la névrose n'est pas irréductible et que la cure de la dis-

grâce en amènera la guérison, mieux que toute autre méthode psychothérapique, qui peut rester néanmoins un adjuvant utile. Dans le deuxième cas, où le sentiment d'infériorité se présente non comme la cause, mais comme une conséquence, un symptôme de la névrose, toute tentative chirurgicale sera non seulement vouée à l'échec, mais deviendra très dangereuse.

Tous les chirurgiens plastiques pourraient fournir de nombreuses observations dans lesquelles une intervention esthétique a eu d'heureux résultats sur l'évolution d'un véritable état névrotique réactionnel.

Nous rappellerons cette observation rapportée par L. Dufourmentel, car l'autorité du consultant psychiatre lui donne une certaine valeur : il s'agissait d'une jeune fille qui avait une véritable obsession de ses narines dilatées. Pressentant l'idée fixe, que ne justifiait d'ailleurs pas le peu d'importance de la disgrâce, en toute conscience, L. Dufourmentel refusa de l'opérer. Il ne le fit que sur les instances pressantes de Babinski, qui fut appelé en consultation. Une première opération, presque un simulacre, n'amena aucune amélioration du syndrome psychique. Une deuxième opération, plus efficace dans ses résultats morphologiques, guérit définitivement cette jeune fille de cette obsession esthétique.

Nous pourrions multiplier des exemples analogues où de véritables états névrotiques, avec désintéressement de la vie et même idées de suicide, disparurent avec la cure d'une disgrâce nasale ou mammaire. « J'ai connu, écrit Allendy, des femmes dont la timidité, le découragement et même les idées de suicide ont disparu après une réfection nasale ou mammaire. »

Nous donnerons ci-joint la longue observation d'un de ces états nerveux qui fut guéri par une intervention. Nous publions *in extenso* cette observation, qui peut paraître inutilement longue, simplement pour montrer la minutie avec laquelle le dossier avait été établi par l'équipe de Frances MacGregor.

Observation XI.

(Frances MacGregor, *in* Screening Patients for Nasal Plastic Operations, *Psychosomatic Medecine*, sept.-oct. 1950, p. 277.)

Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, employé aux soins des chevaux d'une écurie de courses, qui demandait une intervention destinée à corriger l'extrémité bifide de son nez. Il se plaignait, en outre, de divers troubles fonctionnels, tels que difficulté à respirer, maux de gorge, palpitations, grande fatigue. Il éprouvait de la difficulté à entraîner les chevaux et craignait de perdre son emploi. En le questionnant, on apprit que la forme de son nez avait toujours été pour lui une cause de honte, parce qu'il était non seulement bifide, mais long et asymétrique, dans un visage étroit.

Ce malade était un individu aimable, qui aimait sortir et dont la principale distraction était d'aller danser. Cependant, depuis quelques mois, il ne pouvait plus se livrer à sa distraction favorite tant il se sentait incapable d'endurer les moqueries et les surnoms que lui valait la forme de son nez. Il se sentait repoussé par les jeunes filles et disait : « Je sens que je déplais aux gens, il est inutile que je cherche à me faire des amis. » Son nez l'obsédait de plus en plus. Il y pensait toute la journée, et, pour essayer d'oublier, il passait au lit le plus clair de son temps libre. L'histoire de ce jeune homme fut reconstituée par le psychiatre. Il appartenait à un milieu modeste, catholique et français. Il était le quatrième de cinq enfants. Sa mère était morte lorsqu'il n'avait que 6 ans, et son père, alcoolique, s'était montré très dur pour ses enfants, sale, égoïste et négligent.

L'enfant avait honte de son foyer et rendait son père responsable de son enfance malheureuse. Il n'osait pas amener ses amis chez lui, tant il avait honte de la saleté qui y régnait. Son frère aîné passait pour « très nerveux » et buvait beaucoup. Sa sœur aînée était mariée, et c'était la seule pour qui l'enfant ressentait quelque affection. Sa deuxième sœur était internée dans un hôpital psychiatrique, et l'on ignorait tout ce qui concernait la

troisième sœur. En dépit de cette famille désorganisée, le malade reconnaissait avoir passé des moments heureux avec les enfants de son âge. « Je jouissais d'une grande liberté parce que, au contraire des autres, je n'étais pas tenu d'être à la maison. raconte-t-il. J'étais très turbulent, j'organisais toutes sortes de jeux avec les enfants du quartier. Ils se moquaient évidemment de moi à cause de mon nez, mais j'y attachais peu d'importance. Je savais que ceux qui me connaissaient m'aimaient bien. » Il n'allait cependant pas régulièrement en classe, manquait des semestres entiers, si bien que ce n'est qu'à 16 ans qu'il termina son cycle primaire. Puis il quitta l'école pour se mettre au travail. Il avait l'ambition de subvenir aux besoins de sa famille, de la stabiliser et de réussir.

A 17 ans, alors qu'il était employé à timbrer des enveloppes, il décida de devenir jockey, parce qu'il était petit et léger. Il obtint une place, et ce travail lui plut, bien qu'il ne touchât qu'un salaire très bas. Trois ans plus tard, nous le retrouvons dans l'armée.

Si l'on envisage sa réaction vis-à-vis de sa disgrâce, on s'aperçoit que ce n'est qu'à partir de 15 ans qu'il en prit connaissance et qu'il s'affecte de la forme de son nez, qui, à cet âge, avait sans doute atteint sa taille définitive. Evidemment, ses camarades l'avaient taquiné à l'école primaire, mais nous avons vu qu'il n'y avait attaché aucune importance. Quand il commença à travailler, tout changea. Ses camarades lui menaient la vie dure, l'appelaient : double nez, nez cassé, grand nez, et l'accusaient de s'en servir pour des pratiques sexuelles anormales. Il raconte que les jeunes filles le fuyaient, qu'il ne pouvait obtenir des rendez-vous qu'en les comblant de cadeaux et que généralement elles refusaient un deuxième rendez-vous. Avant sa mobilisation, cela le tourmentait, mais il ne songeait pas encore à ce moment-là à se marier. Il avait eu quelques liaisons avec des femmes plus âgées que lui.

Pendant la durée de son séjour aux armées, il fut de nouveau en butte aux plaisanteries de ses camarades à propos de son nez. Il passa douze mois dans le Pacifique en tant que fusilier marin.

Il se montra très courageux pendant cette période, où il fut constamment en grand danger. Au bout de ce laps de temps, il fut victime de « la névrose du combattant », ce qui lui valut d'être démobilisé à 22 ans. Durant un an encore, il souffrira de tremblements. Malgré tout, il reprit son emploi sur les champs de courses, mais comme il était maintenant trop lourd pour être jockey, on l'affecta aux soins des chevaux. Les railleries continuèrent comme par le passé, mais il y était beaucoup plus sensible. Il se sentait un tel complexe d'infériorité qu'il s'isolait peu à peu, aussi bien des hommes que des femmes. Il souffrait à l'idée qu'il ne pourrait jamais se marier, ni fonder un foyer, et tout cela à cause de son nez, de sorte que ce défaut prenait de plus en plus d'importance dans sa vie sociale et son comportement sexuel.

Il se sentait déprimé, anxieux, fatigué pour un rien, et passait son temps à dormir lorsqu'il n'était pas au travail. Il se faisait du souci à l'idée d'être renvoyé du champ de courses. Il s'accusait lui-même d'avoir rendu certains chevaux malades par suite de négligence dans les soins. Sa santé le préoccupait, il se demandait ce qu'il deviendrait s'il tombait malade. Il se voyait finir sa vie comme un vagabond.

Il y avait quelques raisons de penser que l'état mental et les symptômes fonctionnels de ce malade étaient le résultat d'une situation sociale longtemps tendue et des humiliations que lui avait apportées un nez manifestement mal formé. Dans ces conditions, on pouvait admettre l'idée d'une intervention. Cependant, le chirurgien estima qu'il valait mieux soumettre le malade à un examen psychiatrique en raison des antécédents familiaux d'alcoolisme et de névrose, ainsi que des troubles qu'il avait présentés lui-même pendant son séjour aux armées. On éviterait ainsi les complications mentales que pouvait déclencher une opération.

L'avis du psychiatre fut que ce malade tirerait certainement bénéfice d'une intervention, si l'on considérait :

1° qu'il avait montré une parfaite maîtrise de lui-même pendant toute son enfance, et ceci en dépit des facteurs qui jouaient contre lui. Il n'avait jamais perdu l'espoir d'améliorer sa situation et

celle de sa famille. De tous les enfants, il était le seul à avoir montré un réel sens des responsabilités;

2° il avait certes éprouvé quelques troubles psychiques, mais dans des circonstances hautement spécifiques dans lesquelles ses réactions avaient été à la mesure de la gravité de la situation. Il avait retrouvé toute sa stabilité au bout d'un an. De retour à la vie civile, et en butte à la malignité de son entourage, il avait certes sombré dans la dépression et la mélancolie. Mais il n'avait jamais envisagé le suicide comme moyen de sortir de ce tourment. Au contraire, il avait fait des œuvres positives en vue d'améliorer sa position, et son recours au chirurgien rentrait dans le cadre de ces efforts. Il expliquait d'ailleurs très objectivement ce qu'il attendait de l'opération : « Il se peut que, mon nez arrangé, les plaisanteries cessent. Ce n'est pas pour cela que je plairai forcément aux femmes, ni que je me marierai, mais je pourrai du moins me faire des amis et mieux profiter de l'existence. »

L'opération eut lieu, et, deux semaines après avoir quitté l'hôpital avec un résultat esthétique satisfaisant, le malade se déclarait ravi. Il était plus heureux qu'il ne l'avait jamais été. On lui avait ôté un poids des épaules, disait-il. Ses camarades le trouvaient très changé, les plaisanteries avaient cessé. Sa santé s'était améliorée, il dormait mieux, sa gêne respiratoire avait disparu. Il se sentait plus fort. Ses relations avec les jeunes filles étaient maintenant celles d'un être normal : il sortait avec elles; certaines mêmes le prenaient au sérieux. Il paraissait heureux, énergique et bien adapté.

Cette observation illustre le cas où, malgré un terrain prédisposé, la disgrâce est accrue par la réaction hostile de l'entourage et paraît la cause déterminante du syndrome d'infériorité, ainsi que de l'état névrotique. La cure de la disgrâce n'a certes pas traité le terrain, mais lui a enlevé une raison de se manifester.

Tout donc se passe comme si, dans certains cas, la disgrâce était la cause de la névrose et si, à l'inverse de ce qui se

passe en médecine psycho-somatique habituelle, ici c'est la cure d'une lésion organique qui a amené la guérison d'un état mental. Mais, à côté de cet aspect somato-psychique de la question, il est des cas où il existe une véritable incidence psycho-somatique : ce sont ceux, comme nous en avons observé plusieurs, où la névrose réactionnelle entraîne une répercussion fâcheuse sur l'état général avec insomnies, inappétence, troubles viscéraux divers. Dans ces cas, le traitement de la disgrâce, en faisant disparaître cette hypocondrie esthétique (Logre), amène la guérison de ces différents troubles somatiques.

Toute la difficulté résidera pour le chirurgien dans la distinction des cas qui peuvent tirer un bénéfice de la chirurgie esthétique. C'est dans cette discrimination que la collaboration d'un chirurgien et d'un psychiatre nous apparaît comme très utile. Seul ce dernier a la compétence nécessaire pour étudier la personnalité névrotique ou psychotique du sujet. Il sera indispensable pour cette étude que ce psychiatre ne soit pas hostile de principe à la chirurgie esthétique et qu'il en admette les possibilités. Son rôle sera d'en définir les limites raisonnables. A lui, il appartiendra de faire un diagnostic de structure de la personnalité, de préciser les tendances dominantes (anxieuse, obsessionnelle, narcissique, hystérique...), si ces tendances sont réductibles ou non à la psychothérapie, et surtout de déceler s'il existe un état plus grave de névrose ou même de psychose. L'observation suivante montre un cas où cette collaboration aurait pu éviter une intervention inutile.

Observation XII.

(Linn and Goldmann, *in* Psychiatric Observations concerning Rhinoplasty, Psychosomatic Medecine, sept.-oct. 1949.)

J. R... est une jeune femme de 35 ans, mariée, d'origine juive. Elle a subi une rhinoplastie à l'âge de 15 ans, parce que son nez, typiquement juif, la gênait dans les manifestations de sa vie

sociale, qui se déroulait au milieu d'individus non juifs. Depuis sa prime adolescence, elle présentait un sentiment d'infériorité très net, adoptant en public l'attitude classique de protection. Elle ne présentait jamais son profil aux regards de son interlocuteur. Après l'opération, elle ressentit un soulagement énorme : « C'était comme si l'on m'avait enlevé un grands poids. Je ne fus plus jamais honteuse, je vivais libre et joyeuse au milieu des autres. »

Cinq ans après, elle se marie, et, de nouveau, différentes complications remettent en vedette son sentiment d'infériorité. La naissance de trois enfants aggrave son complexe. Elle avait caché à son mari son opération et craignait que la forme du nez de ses enfants lui révèle son secret. Elle devient anxieuse, déprimée, agressive. Une psychothérapie bien conduite l'améliore considérablement en lui faisant comprendre les raisons de son déséquilibre : le rejet de ses origines et de sa féminité si profondément enracinées que l'opération n'avait pu les vaincre.

On peut donc estimer que dans ce cas l'opération avait été une erreur et qu'un bilan psychiatrique pratiqué au préalable en aurait décelé la contre-indication.

A des degrés et avec des fréquences diverses, cette hypocondrie esthétique (Logre) peut se présenter dans presque tous les syndromes névro-psychotiques : psychasthénie, mélancolie, hystérie, paranoïa, schizophrénie, hypocondrie de la paralysie générale.

Il est des cas où la névrose ou la psychose sont évidentes, en évolution et facilement identifiables. La décision est aisée : la contre-indication opératoire est formelle. L'intervention serait inutile, car le sentiment d'infériorité dans ces cas-là n'est qu'un épiphénomène. La disgrâce supprimée, le malade aussitôt reporterait son obsession sur une autre disgrâce, ou, ce qui serait plus grave, cristalliserait son idée fixée sur les séquelles ou les cicatrices opératoires.

Le rôle du psychiatre nous paraît donc essentiel, surtout dans les cas où le sentiment d'infériorité est la première

et la seule manifestation d'un état névro-psychotique grave, et en particulier de la constitution paranoïaque : en effet, tous les facteurs favorisants se trouvent réunis dans cet état : hypertrophie du moi, égocentrisme, méfiance, fausseté du jugement et inadaptation sociale pour cristalliser sur une disgrâce morphologique réelle ou imaginaire un sentiment d'infériorité. Le chirurgien qui opérerait un tel malade commettrait une faute lourde, car non seulement il ne le guérirait pas de son idée fixe, mais il l'aggraverait au point de vue psychique, et il risquerait d'être en butte aux revendications et aux persécutions qui sont le fait de tels malades. Le dramatique assassinat de Pozzi par un paranoïaque est encore présent à toutes les mémoires.

L'observation suivante relate un cas où le chirurgien aurait mieux fait de suivre les conseils d'un psychiatre.

Observation XIII.

(Frances MacGregor, *in* Psychologic Aspects of Plastic Surgery, *Plastic and Reconstructive Surgery*, août 1953.)

Femme célibataire de 43 ans, mécontente d'une rhinoplastie ayant pourtant donné de bons résultats, demande une deuxième intervention au cours de laquelle elle voudrait que soit pratiquée l'ablation des poches qu'elle a sous les yeux.

Deux longs entretiens avec l'auteur de l'article révèlent que ces plaintes sont symptomatiques de désordres mentaux importants.

Il s'agit d'une jolie femme certes, mais qui, à 43 ans, veut en paraître 25. Les défauts dont elle se plaint sont aussi légers que difficiles à déceler. Cependant, elle prétend qu'à cause d'eux elle ne peut depuis fort longtemps trouver du travail. Son enfance et sa vie depuis l'âge adulte ont été malheureuses. Elle estime que son père était mauvais et l'exploitait, comme d'ailleurs la plupart des hommes. Elle se montre agressive, jalouse, incriminant tout et chacun, sauf elle, de ses soucis et de ses relations difficiles avec sa famille. Elle ne parvient pas à se rendre compte

de ce que son impossibilité à trouver et à garder du travail tient plus à sa médiocrité et à son délire de persécution qu'à son apparence.

Se basant sur l'état psychologique de la malade, le psychiatre conclut à une contre-indication formelle de toute autre tentative chirurgicale. La malade, en apprenant la décision, devient extrêmement agitée et insiste pour que le chirurgien agisse. Comme il se montre inflexible, elle en consulte un autre, qui l'opère plusieurs fois, devant ses perpétuelles réclamations et ses menaces de suicide. Quand finalement il refuse une autre intervention, son agitation et sa rancune grandissent. Elle l'attaque en justice, réclamant de substantiels dommages et intérêts, qui lui sont accordés, pour « atteinte à ses charmes », en ajoutant que les opérations ont déterminé une véritable hystérie traumatique.

Quelques mois plus tard, un journal relate sa tentative de suicide et son placement dans un établissement psychiatrique.

C'est le psychiatre donc qui posera la contre-indication opératoire. C'est lui aussi qui, dans d'autres cas, malgré l'existence d'un état névrotique certain, donnera l'autorisation au chirurgien d'intervenir parce que son enquête lui aura permis d'éliminer un début de psychose grave, en particulier des tendances revendicatives. Dans ce cas, l'intervention, si elle doit être suivie d'un bon résultat esthétique, peut être associée à une psychothérapie, une méthode de traitement à tenter.

Observation XIV.

(Docteur Goumain.)

Mlle X..., 28 ans, monitrice dans un centre de rééducation des Basses-Pyrénées, se présente très indimidée et reste quelques secondes sans oser parler. Elle frappe surtout par la fixité et la dureté de son regard. Elle a conscience du ridicule de la demande qu'elle va faire. Elle désire, en effet, faire modifier la forme de ses yeux en tirant sur l'angle externe pour leur donner

une forme en amandes et diminuer ainsi cette dureté du regard qu'elle a observée.

Actuellement, elle y arrive d'ailleurs artificiellement grâce à deux bandelettes de sparadrap collées et dissimulées dans les cheveux au niveau des tempes et sur lesquelles elle tire par deux lacets noués sur le sommet de la tête. C'est après de longues études devant le miroir qu'elle est arrivée à réaliser cela et à trouver la direction optima de la traction. On doit reconnaître que son regard est très amélioré par cet artifice.

Elle a été en pension à Igon, près de Nay. Pendant toutes ses études, elle n'a eu aucune préoccupation de son physique et n'a pas été particulièrement en butte aux railleries de ses camarades. C'est vers l'âge de 22 ans qu'elle a cherché un moyen d'améliorer son physique, qu'elle trouvait terne et qu'elle a commencé à penser à modifier la forme de ses yeux.

Il y a deux ans, elle a fait une forte dépression nerveuse à la suite d'une déception. Etant tombée amoureuse du prêtre de sa commune, elle a été déçue de l'impossibilité de la réalisation de ses projets. Elle a été soignée à ce moment-là à l'Hospice de Saint-Luc, près de Pau, par le Docteur Valade. Elle a eu sept électro-chocs, mais il ne semble pas qu'elle ait eu de médications adjuvantes, type Largactil. Par la suite, elle a été parfaitement remise de cette dépression mélancolique et exerce les fonctions de monitrice dans un centre de rééducation depuis quinze à dix-huit mois, à la plus grande satisfaction de ses chefs. Elle mène une vie normale, sort avec des garçons. Il s'agit d'une fille d'une beauté très moyenne, mal peignée et vêtue sans goût. Quand on la fait parler, elle paraît assez raisonnable, être très sensible et tenir absolument à la correction esthétique qu'elle demande. Sans présenter un sentiment d'infériorité, elle a conscience que cette modification l'améliorerait au point de vue plastique. Elle en fait une véritable idée fixe.

Etant donné le climat psychologique un peu spécial, cette malade est vue en consultation avec le Docteur Pauly. Il confirme les données de cet examen et de son histoire, mais il ne trouve aucun trouble psychologique grave, si ce n'est une certaine ten-

dance mélancolique. Il est obligé de faire des réserves sur la possibilité d'une schizophrénie au début. Néanmoins, il pense cependant, étant donnée la bénignité de l'opération, que cette satisfaction peut être donnée à la malade et que c'est peut-être le meilleur moyen de la guérir de son idée fixe et de lui donner confiance en elle-même.

Le résultat opératoire réalisa ce que demandaït la malade. Son regard fut amélioré. Elle fut satisfaite, très détendue, mais néanmoins avoua qu'elle attendait encore davantage de l'opération et qu'elle était prête à subir une retouche. Il est évident que nous étions ici aux extrêmes limites des indications opératoires et que cette décision n'aurait pas été prise si le Docteur Pauly n'avait donné son autorisation en éliminant toute psychose en évolution et toute tendance revendicatrice, ce qui se révéla d'ailleurs exact, cette personne, bien qu'aux trois quarts satisfaite, s'abstint de tout reproche et exprima au contraire sa reconnaissance au Docteur Goumain pour avoir tenté de réaliser ce qu'elle désirait depuis longtemps. L'avenir dira si, dans quelques mois, cette malade ne cristallisera pas sur une autre disgrâce une nouvelle idée fixe.

On ne saurait donc trop insister sur l'aide que peut apporter le psychiatre au chirurgien dans la détection de ces névroses, qui ne seront pas guéries, mais plutôt aggravées par l'opération. Dans certains cas, si elle est inoffensive pour la santé physique du sujet, il peut arriver que l'opération esthétique ne le soit pas pour sa santé morale, et que, loin d'améliorer les difficultés du malade, elle ne fasse que les accentuer.

C'est ainsi, par exemple, que la disgrâce peut être utilisée inconsciemment par le sujet comme un moyen de défense contre un trouble mental caché. Dans ce cas, l'intervention qui corrige cette déformation peut détruire l'équilibre psychologique. On conçoit la détresse que peut provoquer chez un psychasthénique la révélation que sa disgrâce n'était pour rien dans ses malheurs, mais que son inadaptation

sociale comme son impossibilité à rencontrer des partenaires résidaient en réalité dans sa propre médiocrité. La disgrâce jouait dans ce cas le rôle de bouc émissaire, qui consolait le sujet de ses malheurs, comme peut servir d'excuse dans d'autres circonstances la paresse ou le manque de mémoire (« si je n'étais pas paresseux..., si j'avais de la mémoire..., oui, mais je suis paresseux, je suis dénué de mémoire »).

Ce sont des malades qui tiennent leur disgrâce pour responsable de tous leurs échecs et de toutes leurs contrariétés dans la vie.

En opérant de tels sujets, ou bien le chirurgien leur enlève cette position refuge, ou bien, en portant attention aux défauts signalés, il renforce inconsciemment cette idée que ce défaut est à l'origine de tous ses ennuis. Ce qui était un trouble psychique mineur peut devenir un trouble grave.

Il peut s'ensuivre des situations post-opératoires pénibles, qui auraient pu être évitées par une approche psychologique attentive du patient et surtout grâce à la collaboration d'un psychiatre.

En résumé, nous voyons que si une réaction psychologique violente à une disgrâce, surtout lorsqu'elle prend l'allure d'un syndrome grave d'infériorité, ne constitue pas une contre-indication absolue à la chirurgie plastique, elle est néanmoins souvent symptomatique d'un tempérament nerveux. Dans ces cas, le chirurgien n'a ni le temps, ni la qualification, pour faire l'approche psycho-somatique de son client. S'il veut s'éviter des mécomptes, il devra faire appel à la collaboration d'un psychiatre plus qualifié que lui pour cette enquête.

Dans les cas douteux, il faudra toujours prendre une connaissance approfondie du futur opéré, scruter sa personnalité, lui faire préciser les motifs réels de l'intervention, camouflés parfois sous de fausses excuses, demander les raisons pour lesquelles il choisit ce moment précis pour l'intervention, ce qu'il espère exactement de l'opération au point de vue esthétique, et quelles sont les conséquences qu'il en attend pour son existence.

Le chirurgien devra se méfier :

— des explications vagues, des motifs qui ne correspondent pas à la réalité;
— du fait que les malades donnent une importance à leur disgrâce dans leur échec social et affectif;
— de l'attente de résultats excessifs et irréalisables;
— de récriminations agressives ou de revendications;
— d'antécédents psychiatriques;
— d'opération plastique antérieure dont le ou la malade n'est pas satisfait.

Par ailleurs, il devra — et ceci est capital — essayer d'apprécier la gravité de la répercussion psychique qu'occasionne la déformation. Dans cette appréciation, il devra tenir compte de l'importance de la malformation et se méfier d'autant plus que la réaction psychique est forte et que la disgrâce est minime.

Mais si nous avons tenu à insister sur le caractère psychopathologique de certains clients de la chirurgie esthétique à cause des graves conséquences que cela pouvait avoir, nous ne voudrions pas terminer sur une note pessimiste. Dans la très grande majorité des cas, le souci de supprimer une disgrâce ou d'améliorer sa condition morphologique est très légitime et participe d'un psychisme parfaitement normal. Les cas psychopathologiques que nous pouvons rencontrer dans la pratique de la chirurgie esthétique ne sont certainement pas dans une proportion supérieure à celle donnée par Jean Gosset, qui estime à 10 % le nombre des malades qui, dans une consultation de chirurgie générale, présenteraient des troubles justifiables de l'intervention d'un psychiatre.

Mais il nous a paru utile d'avoir mis l'accent sur l'importance d'un problème dont la méconnaissance amène des déboires, qui, en fin de compte, risquent de desservir la chirurgie esthétique.

CONCLUSIONS

I. — La légitimité des buts de la chirurgie esthétique étant encore discutée, nous avons entrepris une étude des motifs de recours à cette spécialité.

Dans ce travail, nous appuyant sur des travaux américains et sur les observations mises à notre disposition par le Docteur Goumain, nous nous sommes efforcée de déterminer quels pouvaient être les facteurs sociaux, psychologiques ou psychiatriques qui poussaient un sujet à recourir à la chirurgie esthétique.

II. — Les répercussions dans l'ordre social d'une disgrâce physique sont indéniables, non pas tellement par la réprobation que cette disgrâce provoque dans la société, mais aussi surtout par le développement d'un sentiment d'infériorité sociale qu'elle déclenche chez certains prédisposés, sentiment qui va les paralyser dans leurs efforts pour gravir les échelons de la hiérarchie sociale.

Il n'en reste pas moins que la beauté ou une apparence agréable est un avantage dans nombre de professions, de relations.

Enfin, le « fait social » légitime également, dans certaines circonstances, le même recours à la chirurgie esthétique.

III. — Etudier les motifs psychologiques du recours à la chirurgie esthétique c'est étudier les réactions psychiques des individus à une malformation morphologique.

Ces réactions sont très diverses : parfois elles sont nulles : le sujet est indifférent à une malformation ou à sa laideur. Plus souvent, elles existent sous le mode latent, épisodique ou permanent.

Cette diversité des réactions s'explique en partie par la différence qui existe dans l'importance que les sujets donnent à l'image de leur corps, dans la valeur qu'ils attribuent à leur personne. Mais à cette attitude caractérielle s'ajoutent des facteurs qui tiennent à l'importance de la disgrâce et encore au type de constitution mentale, au rôle du milieu social, de la famille, de l'éducation, enfin à l'intervention des processus sexuels, qui jouent presque toujours un rôle important ou conscient ou inconscient.

IV. — Avec le sentiment d'infériorité, nous sommes sur le seuil de la psychopathologie.

C'est chez les « introvertis » (Jung) et les « psychasthéniques » (Janet), qu'il trouve son terrain d'élection.

En partant des différentes réactions psychologiques, déclenchées par les malformations nasales, mammaires, et surtout les malformations infantiles (Adler), nous arrivons aux états névrotiques et aux psychoses.

Bien qu'il soit admis communément que le terrain nerveux d'une névrose en apparence réactionnelle préexiste à la disgrâce, tout se passe, en pratique, comme si, dans certains cas, il y avait inter-réaction et comme si la cure de la disgrâce amenait la sédation de certains troubles psychiques, tandis que, dans d'autres cas, l'intervention serait soit inutile, soit, pis, dangereuse.

C'est ici que la collaboration du psychiatre et du chirurgien est indispensable pour poser les indications et les contre-indications opératoires dans ces cas délicats et pour détecter les névroses et les psychoses susceptibles d'amener des désastres postopératoires.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

J. MAGENDIE.

Vu : *Le Doyen*,

R. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 20 juin 1957.

Le Recteur de l'Académie,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Adler (Alfred). — Le tempérament nerveux. Payot, Paris.

— Connaissance de l'homme. Payot, Paris.

Alexander (F.). — La médecine psycho-somatique. Ses principes et ses applications. Payot, Paris.

Aplon (Adolf). — Your mind and appearance. Citadel Press N. T., 1951.

Abel (Theodora M., M. D.). — Cf. MacGregor.

Allendy (R.). — Les tempéraments.

Bernard (Irène). — Plastique mammaire. Considérations médico-chirurgicales. Thèse Bordeaux, 1936.

Baker (W. Y) and Smith (L. H.). — Facial Disfigurement and Personality. *J. A. M. A.*, **112**, 301-304, january 28, 1939.

Barsky (A. J.). — Practice and Principles of Plastic Surgery. Baltimore, Williams à Wilkins, 1950.

Bender (Lauretta). — Psychoses associated with somatic Disease that distort the Body Structure. *Archiv. Neurol. and Psychiatric*, **32**, 1000-1029, 1934.

Bendorfer (Alfred). — Plastic Surgery Physiognomy and Psychoanalysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, **4**, 453-457, 1949.

Brophy (T. W.). — The Deformity of Harelip and Cleft Palate. Its Influence physically and mentally. *Dental Summary* (Toledo), **29**, 465-471, 1909.

Bettman (A. G.). — Psychologie of Appearence. *Northwest Med.*, **28**, 182, 1929.

Blair (V. P.). — Facial Abnormalities Fancied and Real. The Reaction of the Patient. Their Attempted Correction. *Institute of Medecine of Chicago Proceeding* **8**, 217-223, April 15, 1931.

Brachfeld (Olivier). — Les sentiments d'infériorité. Edit. du Mont-Blanc, Genève, 1945.

Bouthoul (Gaston). — Traité de sociologie. Payot, Paris.

Boven (W.). — *Journal de psychologie normale et pathologique*, 15 nov.-15 déc. 1930, p. 829.

— La science du caractère, 1931.

Bryt (Albert, M. D.). — Cf. MacGregor.

Couch (J. H.). — Psychology of Reconstructive Surgery. *J. Canad. M. A.*, **59**, 10-13, July 1948.

Crespo (E. P.). — Sentimiento y Complego de Inferioridad en la Cirugia plastica. *Anales de Cirugia*, Rosario, Argentina, **9**, 43-51, 1943.

Curran (E. J.) and Frosh (J.). — The body Image in adolescent Boys. *J. Gen. Psychology*, **60**, 37-60, 1942.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 52e Session, Liège, 19-25 juill 1954. Rapport de Ed. Evrard et de J. de Ajuriaguerra. Discussions de J. Ley, J. Dereny, M. Minkowski.

Deutsch (Helena). — Psychology of Women. Vol. I, New York, Grune and Stratton, 1944.

Doscher (N.). — Adjustement of the physically Handicapped College Student. *Ment. Hyg.*, **21**, 576-581, 1947.

Dufourmentel (Léon). — Introduction à la chirurgie constructive. La jeune Parque, 1946.

Dunbar (F.). — Psychosomatic Diagnosis. New York, Paul B. Hoeber, Inc., 1943.

Foman (S.), Silver (A. G.), Schwartz (J.), Litwin (C.) and Hoffman (W. G.). — Rhinoplasty Analysis. *Ear, Nose and Throat Montly*, **24**, 19, 1945.

Freud (Sigmund). — Essais de psychanalyse, 1927.

Gusdorf (G.). — Traité de métaphysique. Armand Colin, édit., 1956.

Gusdorf (G.). — Connaissance de soi. Presses universitaires de France.

Goumain (André). — Limites et possibilités de la chirurgie plastique et particulièrement de la chirurgie esthétique. Conférence faite aux Journées médicales de Bordeaux, 1956, in *Journal de médecine de Bordeaux*, janv. 1957.

Gosset (Jean). — Problèmes psycho-somatiques en chirurgie générale. Académie de chirurgie, séance 12 févr. 1947.

Huyghe (René). — Dialogue avec le visible. Flammarion, 1955.

Hesnard (A.). — Manuel de sexologie normale et pathologique. Payot, Paris.

Hill (G.) and Gilbert (A.). — Psychodynamic and esthetic Motivations for plastic Surgery. *Psychosomatic Medecine*, Nov.-Dec., 1950, p. 345.

Jung (G.). — L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale, 1928.

— L'homme à la découverte de son âme. Genève, 1948.

Janet (P.). — Les névroses.

— La médecine psychologique.

Ladien (G.) and others. — Adjustement to Visible Injuries. *J. Abnorm. Social Psychol.*, **42**, 169-192, April 1947.

Levy (D. M.). — Body Interest in Children and Hypochondriadis. *A. J. Psychiatry*, **12**, 295-311, 1952.

Lurie (L. A.). — Somatopsychic Aspects of Behaviour Disorders of Children. *M. Clinic North America*, 668-679, May 1947.

Linn and Goldman (I. B.). — Psychiatric Observation concerning Rhinoplasty. *Psychosomatic Med.*, **11**, 307, 1949.

Laforgue (R.). — Psychopathologie de l'échec. Payot, Paris.

Langeveld (J.). — L'expérience du corps propre chez l'enfant. *Cahiers de pédagogie et d'orientation professionnelle de l'Université de Liège*, n° 1, 1954, p. 7-8.

Loras (Olivier). — La médecine de la personnalité. Payot, Paris.

Logre (B.). — L'hypocondrie esthétique. Journal *Le Temps*, 22 janv. 1931.

Laforgue (R.) et Allendy (R.). — La psychanalyse et les névroses. Payot, Paris.

Le Gall (André). — Caractérologie des enfants et des adolescents, 1950.

MacGregor (Frances Cook, M. A.), Theodora M. Abel, Ph. D., Albert Bryt, M. D., Edith Lauer and Serena Weissman, M. S. — Facial Deformities and Plastic Surgery. Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, U. S. A., 1953.

MacGregor (F. C.). — Some psycho-social Problems associated with facial Deformities. *Am. Sociological Rev.*, **16**, 629-638, Oct. 1951.

MacGregor (F. C.) and Schaffner (Bertram). — Screening Patient for nasal plastic Operations. *Psychosom. Med.*, **12**, 277-291, Sept.-Oct. 1950.

MacGregor (F. C.). — The sociological Aspects of facial Deformities. Master's Thesis, University of Missouri, Columbia, Missouri, 1947.

Mead (G. H.). — Mind, Self and Society (Pt III). Chicago, University of Chicago Press, 1934.

Mackensie (C. M.). — Facial Deformities and Change in Personality following corrective Surgery. *Northwest Med.*, **43**, 230-231, Aug. 1944.

Maclelland (E. C.). — Minor plastic Surgery and its Relations to Inferiority Complexes. *Med. Rev.*, 146-149, 1937.

McDowell (F.). — Review of Reconstructive Surgery, 1943-1945 *Laryngoscope*, **55**, 239, 1945.

Milliard Jr. — Oriental Peregrinations. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Nov. 1955.

Mounier (Emmanuel). — Traité du caractère, 1947.

Odier (Charles). — L'Homme esclave de son infériorité. Delachaux, à Niestlé, 1950.

Perrin (F. A. C.). — Physical Attractivness and Repulsivness. *Journ. exper. psychol.*, **4**, 203-217, June 1921.

Pintner (Rudolf) and others. — The Psychology of the Physically Handicapped. New York, Crofts, 1941,

Upedgraff (H. L.) and Menninger (K. A.). — Some psychoanalytic Aspects of the plastic Surgery. *Am. J. Surg.*, **25**, 554-558, Sept. 1934.

Shilder (P.). — The Image and Appearance of the human body. *Psych. Monograph.*, 4, London, Kegan, Paul, French. Tubner and C°, 1935.

Straith (C. L.) and de Kleine (E. H.). — Plastic Surgery in Children. *J. A. M. R.*, III, 2365, 1938.

Seidenfeld (M. A.). — Children and youth with physical and psychological Limitations.

Toulemonde (Jean). — Les inquiets. Caractérologie. Thérapeutique. Payot, Paris.

— La caractérologie. Tempéraments. Caractères. Typologie. On y trouvera toute la bibliographie relative à la caractérologie. Payot, Paris.

Wallon. — Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. *Journal de psychologie*, 1931, p. 728.

— La conscience de soi. Ses degrés et ses mécanismes de 3 mois à 3 ans. *Journal de psychologie*, 1932, p. 745.

Dépôt légal effectué en 1957 (2e trimestre).

24910. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1957.